

# **SOCIAL SUPPORT UND DEPRESSIVE REAKTION**

**Josephine Roeder**

**Disbui.**

**München**

**1987**



Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München

Vorstand: Prof.Dr.Ploog

**Social Support und depressive Reaktion**

**Dissertation**

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Josephine Roeder

München

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:

Prof. Dr. W. Feuerlein

Mitberichterstatter:

1. Prof. Dr. D. Ploog
2. Prof. Dr. H. Hippus
3. Prof. Dr. E. Pöppel

Mithbetreuung durch den  
promovierten Mitarbeiter:

Dekan:

Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung:

02.07.1987

# Meinen Eltern

|          |            |        |
|----------|------------|--------|
| 1.       | Einleitung | 1 - 2  |
| 2.       | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.     | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.1.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.2.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.3.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.4.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.5.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.6.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.7.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.8.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.9.   | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.10.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.11.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.12.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.13.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.14.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.15.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.16.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.17.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.18.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.19.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.20.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.21.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.22.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.23.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.24.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.25.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.26.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.27.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.28.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.29.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.30.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.31.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.32.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.33.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.34.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.35.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.36.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.37.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.38.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.39.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.40.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.41.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.42.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.43.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.44.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.45.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.46.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.47.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.48.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.49.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.50.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.51.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.52.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.53.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.54.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.55.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.56.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.57.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.58.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.59.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.60.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.61.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.62.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.63.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.64.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.65.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.66.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.67.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.68.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.69.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.70.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.71.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.72.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.73.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.74.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.75.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.76.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.77.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.78.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.79.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.80.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.81.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.82.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.83.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.84.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.85.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.86.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.87.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.88.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.89.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.90.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.91.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.92.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.93.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.94.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.95.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.96.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.97.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.98.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.99.  | Die Eltern | 3 - 10 |
| 2.1.100. | Die Eltern | 3 - 10 |



# INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                               | Seite   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Einleitung                                                                                    | 1       |
| A) <u>LITERATURÜBERSICHT</u>                                                                  | 2 - 76  |
| 1. <u>Voraussetzungen und Eingrenzungen</u>                                                   | 2 - 8   |
| 1.1 Definition der depressiven Reaktion                                                       | 2 - 4   |
| 1.1.1 International Classification of Diseases, psychiatrischer Teil, 9. Revision (ICD - 9)   | 2       |
| 1.1.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Version (DSM III)             | 3       |
| 1.1.3 Research Diagnostic Criteria (RDC)                                                      | 3       |
| 1.1.4 Vergleich der Diagnose depressive Reaktion innerhalb der verschiedenen Diagnoseschemata | 4       |
| 1.2 Zur Epidemiologie                                                                         | 5 - 8   |
| 1.2.1 Zur Epidemiologie der depressiven Reaktion                                              | 5       |
| 1.2.2 Zur Epidemiologie der depressiven Erkrankungen allgemein                                | 5       |
| 2. <u>Zur Theorie des Social Support</u>                                                      | 9 - 24  |
| 2.1 Was versteht man unter Social Support?                                                    | 10 - 17 |
| 2.1.1 Definitionen                                                                            | 10      |
| 2.1.2 Vergleichende Diskussion der verschiedenen Definitionen                                 | 13      |
| 2.1.3 Social Support und Social Functioning                                                   | 17      |
| 2.2 Wie wirkt Social Support?                                                                 | 18 - 22 |
| 2.2.1 Stress und Social Support                                                               | 19      |
| 2.2.2 Coping und Social Support                                                               | 20      |
| 2.2.3 Persönlichkeitsfaktoren und Social Support                                              | 20      |
| 2.2.4 "Environmental Factors" und Social Support                                              | 21      |
| 2.2.5 Psychische Krankheit und Social Support                                                 | 21      |
| 2.3 Was sind die Quellen von Social Support?                                                  | 22 - 24 |

|                                                                                                                           | Seite   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 3. <u>Empirische Studien zum Verhältnis zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen</u>                          | 25 - 5  |
| 3.1    Übersichtsarbeiten zum Verhältnis Social Support und psychische Erkrankungen                                       | 25 - 2  |
| 3.2    Ergebnisse empirischer Studien zum Verhältnis zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen                 | 27 - 3  |
| 3.2.1   Epidemiologische Studien                                                                                          | 29      |
| 3.2.2   Klinische Studien                                                                                                 | 33      |
| 3.3    Vergleichende Diskussion der empirischen Studien                                                                   | 34 - 4  |
| 3.3.1   Genereller Zusammenhang zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen                                      | 34      |
| 3.3.2   Interaktionen von Social Support mit anderen Parametern                                                           | 36      |
| 3.3.3   Mögliche Determinanten von Social Support                                                                         | 40      |
| 3.4    Tabellenteil                                                                                                       | 43 - 52 |
| 4. <u>Instrumente zur Erfassung von Social Support</u>                                                                    | 53 - 7  |
| 4.1    Social Support Interviews                                                                                          | 54 - 5  |
| 4.2    Social Support Interviews in Verbindung mit Selbstbeurteilungsfragebögen                                           | 56 - 5  |
| 4.3    Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support                                                      | 57 - 6  |
| 4.3.1   Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support, beschränkt auf bestimmte Interaktionsgruppen       | 57      |
| 4.3.2   Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support ohne Einschränkung der erfaßten Interaktionspartner | 59      |
| 4.4    Vergleichende Diskussion der Instrumente                                                                           | 61 - 7  |
| 4.4.1   Quantitative versus qualitative Messungen                                                                         | 63      |
| 4.4.2   Aktueller versus potentieller Social Support                                                                      | 64      |
| 4.4.3   Zufriedenheit mit Social Support                                                                                  | 65      |
| 4.4.4   Elemente des Social Support                                                                                       | 66      |
| 4.5    Depressivitätsdiagnostik                                                                                           | 67 -    |
| 5.     Zusammenfassung                                                                                                    | 71      |

|                                                                                                                            | Seite    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| B) <u>UNTERSUCHUNG</u>                                                                                                     | 77 - 102 |
| 1. <u>Hypothesen</u>                                                                                                       | 77       |
| 2. <u>Methodik</u>                                                                                                         | 78 - 87  |
| 2.1      Beschreibung der Stichprobe                                                                                       | 78 - 81  |
| 2.1.1    Überweisungsmodus                                                                                                 | 78       |
| 2.1.2    Psychiatrische Vorgeschichte                                                                                      | 78       |
| 2.1.3    Verweildauer; Zustand bei Entlassung                                                                              | 79       |
| 2.1.4    Biosoziale und soziographische Charakteristika                                                                    | 79       |
| 2.1.5    Diagnostische Einordnung                                                                                          |          |
| 2.2      Kontrollgruppe                                                                                                    | 81 - 87  |
| 2.3      Instrumente                                                                                                       | 82 - 82  |
| 2.3.1    Social Interview Schedule (SIS)                                                                                   | 82       |
| 2.3.2    Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale -<br>IMPS (Lorr & Klett 1986)                                        | 85       |
| 2.3.3    Beck-Depressions-Inventar - BDI (Beck u.M. 1961)                                                                  | 85       |
| 2.3.4    Paranoid-Depressivitätsskala - PDS<br>(von Zerssen 1976)                                                          | 86       |
| 2.3.5    Prämorbidcs Persönlichkeitsinventar - PPI<br>(von Zerssen 1982)                                                   | 86       |
| 2.4      Zur statistischen Auswertung                                                                                      | 87       |
| 3. <u>Ergebnisse</u>                                                                                                       | 88 - 94  |
| 3.1      Social Support und Zufriedenheit mit den sozia-<br>len Beziehungen                                                | 88 - 89  |
| 3.2      Social Support und Depressivität                                                                                  | 90 - 92  |
| 3.2.1    Social Support bei reaktiver Depression im Ver-<br>gleich mit einer repräsentativen Bevölkerungs-<br>stichprobe   | 90       |
| 3.2.2    Social Support und der Ausprägungsgrad der<br>depressiven Verstimmung bei Patienten mit depres-<br>siver Reaktion | 92       |
| 3.3      Allgemeine Zufriedenheit und Depressivität                                                                        | 92       |
| 3.4      Prämorbidc Persönlichkeitszüge und Social Support                                                                 | 93       |

|                               | Seite  |
|-------------------------------|--------|
| 4. <u>Diskussion</u>          | 95 - 1 |
| 4.1 Diskussion der Ergebnisse | 97 -   |
| 4.2 Zusammenfassung           | 101    |

## ANHANG

103

## LITERATURVERZEICHNIS

## Einleitung

Für die Diagnose "depressive Reaktion" ist ein der Erkrankung vorausgehendes, nachvollziehbar belastendes Ereignis gefordert. Psychoanalyse und Life event-Forschung betonen darüberhinaus die Vorrangstellung von Verlustereignissen in der Ätiologie der depressiven Erkrankungen. Umgekehrt muß jedoch das Auftreten eines Verlustereignisses nicht zwingend die Entwicklung depressiver Symptomatik zur Folge haben.

Zwei Erklärungsmöglichkeiten bieten sich an: Entweder handelt es sich bei den Erkrankten um für diese "Noxe" überdurchschnittlich empfängliche Persönlichkeiten, oder den "Gesundgebliebenen" stehen Schutzmechanismen zur Verfügung, die eine Erkrankung verhindern. Weder die in Frage kommenden Vulnerabilitätsfaktoren, noch mögliche Schutzfaktoren sind in ihrer Bedeutung bislang hinreichend geklärt.

Allgemein anerkannt ist heute lediglich die Vorstellung einer multifaktoriellen Genese der depressiven Erkrankungen. Neben biologischen und entwicklungsgeschichtlichen werden sozial-psychologische Faktoren diskutiert. Unter den letzteren gewann das Konstrukt des Social Support seit Mitte der siebziger Jahre zunehmend an Beachtung.

Bezüglich Definition und Theorie des Social Support bestehen bis heute erhebliche Differenzen und Unklarheiten zwischen den einzelnen Untersuchern. Daher soll zunächst eine kurze Darstellung einiger wichtiger theoretischer Konzepte erfolgen; daran schließt sich ein Überblick über empirische Studien zum Thema Social Support und depressive Erkrankungen an.

In einem zweiten - empirischen - Teil soll versucht werden, Erkenntnisse über den möglichen Zusammenhang Social Support - depressive Reaktion an Hand von Daten von 76 Patienten der Kriseninterventionsstation des MPI für Psychiatrie zu gewinnen.

A.        Literaturübersicht

1.        Voraussetzungen und Eingrenzungen

1.1       Definition der depressiven Reaktion

In den achtziger Jahren sind drei Klassifikationsschemata psychiatrischer Erkrankungen vorherrschend geworden: Die International Classification of Diseases, psychiatrischer Teil, 9. Revision (ICD - 9, deutsch Degkwitz u. M. 1980), die Research Diagnostic Criteria (RDC, Spitzer u. M. 1978) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Version (DSM III, American Psychiatric Association 1980).

Mit dem hier verwendeten Begriff "depressive Reaktion" sind in den drei aufgeführten Klassifikationsschemata folgende Diagnosen gemeint:

1.1.1    International Classification of Diseases, psychiatrischer Teil, 9. Revision (ICD - 9)

Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung) ICD - 9: 309, mit der kurzdauernden depressiven Reaktion ICD - 9: 309.0 und der längerdauernden depressiven Reaktion ICD - 9: 309.1 .

Die Anpassungsstörungen werden dabei wie folgt definiert: "Leichte oder vorübergehende Störungen, die länger dauern als akute Belastungsreaktionen und Personen jeden Alters ohne offensichtlich vorbestehende psychische Störungen betreffen. Solche Störungen sind relativ umschrieben oder situationsspezifisch, im allgemeinen rückbildungsfähig und dauern gewöhnlich nur einige Monate an. Sie stehen in der Regel in enger zeitlicher und inhaltlicher Beziehung zur Belastung wie Trauer, Migration oder Trennungserlebnissen. Reaktionen auf stärkere Belastungen, die länger als einige Tage anhalten, gehören ebenfalls hierher."

1.1.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Version (DSM III)

Adjustment disorder with depressed mood

Die diagnostischen Kriterien der Anpassungsstörung sind hier folgende (deutsche Übersetzung von Koehler und Sass 1984):

- A Unangepasste Reaktion auf einen identifizierbaren psychosozialen Belastungsfaktor innerhalb von drei Monaten nach Einsetzen desselben.
- B Die schlechte Anpassung ergibt sich aus einem der folgenden Merkmale:
  - 1. Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungen
  - 2. Symptome, die über eine normale und zu erwartende Reaktion auf den Stressor hinausgehen.
- C Die Beeinträchtigung stellt nicht nur eine einmalige Form der Überreaktion auf Stress oder Verstärkung von einer der früher beschriebenen psychischen Störungen dar.
- D Es wird angenommen, daß die Beeinträchtigung möglicherweise remittiert, sobald der Stressor abgeklungen ist, oder, falls er andauert, sobald ein neues Adaptationsniveau erreicht ist.
- E Die Beeinträchtigung erfüllt nicht die Kriterien einer der speziellen oben beschriebenen Störungen oder der einfachen Trauer.

1.1.3 Research Diagnostic Criteria (RDC)



Eine der "depressiven Reaktion" entsprechende Diagnose findet sich in der RDC unter Punkt 9-i:

Major Depressive Disorder - situational;

Die Research Diagnostic Criteria (RDC) enthält zahlreiche Subkategorien (wie z.B. "situational", "agitated", "psychotic"), die sich gegenseitig nicht ausschließen und beliebig miteinander kombiniert werden können.

#### 1.1.4 Vergleich der Diagnose "depressive Reaktion" innerhalb der verschiedenen Diagnoseschemata

Sowohl ICD - 9 als auch DSM III schließen andere psychiatrische Krankheiten aus; DSM III läßt jedoch die Zusatzdiagnose einer Persönlichkeitsstörung zu.

DSM III faßt die Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik enger als die ICD - 9 und RDC. Eine "major depressive disorder" stellt ein Ausschlußkriterium für die Diagnose einer Anpassungsstörung dar. Bei RDC hingegen ist für die Diagnose einer "situational major depressive disorder" eine "major depressive disorder" eine zwingende Voraussetzung.

Folgende Kriterien werden von den drei Klassifikationssystemen übereinstimmend angegeben:

1. Ein auslösendes Ereignis (psychosoziale Belastung) muß vorhanden sein.
2. Das auslösende Ereignis muß in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung stehen.
3. Die depressive Verstimmung ist eine übermäßige und unerwartete Reaktion auf das auslösende Ereignis.
4. Die depressive Verstimmung bildet sich zurück, wenn die Belastung nicht mehr existiert, bzw. bei fortdauernder Belastung, wenn ein neues Niveau der Anpassung erreicht ist.
5. Eine andere psychiatrische Erkrankung liegt nicht vor (außer Persönlichkeitsstörung bei RDC und DSM III).

## 1.2 Zur Epidemiologie

### 1.2.1 Zur Epidemiologie der depressiven Reaktion

Die Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung ist eine relativ neue diagnostische Einheit in den standardisierten Diagnoseschemata (ISD - 9 1979; DSM III 1980). Bisher liegen dazu keine epidemiologischen Daten vor. Andreasen & Hoenk (1982) berichten lediglich, daß 5% der stationären Patienten einer psychiatrischen Klinik in Iowa die Diagnose einer Anpassungsstörung erhielten (den Prozentsatz unter den ambulanten Patienten schätzten sie wesentlich höher ein), obwohl es sich um eine Klinik mit eher "biologischer Orientierung" handelte.

### 1.2.2 Zur Epidemiologie depressiver Erkrankungen allgemein

In epidemiologischen Studien depressiver Erkrankungen wurden sehr unterschiedliche, häufig nicht standardisierte Klassifizierungen verwendet. Übersichtsarbeiten, wie die von Hirschfeld & Cross (1982), Boyd & Weissman (1981, 1982) und Weissman & Klerman (1977), gebrauchen daher folgende relativ grobe diagnostische Unterteilung:

#### 1. depressive Symptome

meist mittels Fragebogen erhobene Selbstbeurteilung der untersuchten Patienten oder Untersuchungspersonen;

#### 2. Unipolare Depression

meist mit standardisierten Diagnoseschemata standardisierte Krankheitsfälle, bzw. klinische Diagnosen einer depressiven Erkrankung non-bipolarer Art;

#### 3. Bipolare Depression

mit standardisierten Schemata diagnostizierte Krankheitsfälle, bzw. klinische Diagnosen einer depressiven Erkrankung mit einer oder mehreren manischen Phasen.

Für die Diagnose "depressive Reaktion" sind vor allem die ersten beiden Gruppen von Bedeutung, da eine depressive Erkrankung mit manischer Phase nach den DSM III - Kriterien nicht als "Anpassungsstörung" gewertet werden darf, und nach der der ICD - 9 nicht unter "Psychogene Reaktion" mit "kurz- oder längerdauernder depressiver Reaktion" fallen würde.

Die gesamte Gruppe der depressiven Erkrankungen zeichnet sich nicht nur durch eine hohe Prävalenz, sondern auch durch ein auffälliges epidemiologisches Muster aus:

#### 1.2.2.1 Prävalenz

Boyd & Weissman (1981) geben eine Punktprävalenz\* non-bipolarer Depressionen mit 3,2% für Männer und 4.5% - 9.3% für Frauen an. Die Punktprävalenz für depressive Symptome liegt noch wesentlich darüber: 9% - 20% (Boyd & Weissman, 1981). Die Ein-Jahres-Prävalenz unipolarer Depressionen wird von Boyd & Weissman (1981) nur für Frauen angegeben, sie liegt zwischen 8.4% und 14.8%.\*\*

Beim Vergleich der Prävalenzen depressiver Symptome und non-bipolarer Depressionen ist zu beachten, daß sich diese beiden Gruppen nicht decken:

Boyd & Weissman (1981) verweisen auf Falsch-Negativ-Raten von 36% (Klinisch Depressive, die unter dem Cut-off-Punkt der Depressivitätsskalen liegen) und auf Falsch-Positiv-Raten von 6% (Klinisch Gesunde, die über dem Cut-off-Wert der Skalen für depressive Symptome liegen).

\* "'Point prevalence' is defined as that proportion of the population that has the disorder being studied at a given point in time" (Boyd & Weissman 1981, S. 1040)

\*\* "'Period prevalence' is the proportion of the population that has the disorder at the beginning of a specified time interval or has it developed over the interval (thus, period prevalence is a hybrid measure that does not distinguish between incident and prevalent cases)." (Boyd & Weissman 1981, S. 1040)

### 1.2.2.2 Geschlecht

In ihrer Übersichtsarbeit, die Studien aus 30 Ländern und eine Zeitspanne von 40 Jahren umfaßt, fanden Weissman und Klerman (1977) in fast allen Untersuchungen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts bezüglich depressiver Symptome und unipolar depressiver Erkrankungen. Unabhängig davon, ob es sich um Patientenpopulationen oder Bevölkerungsstichproben handelte, das Verhältnis Frauen/Männer näherte sich stets der Relation 2:1 .

Hirschfeld und Cross (1982) kommen zu fast völlig übereinstimmenden Ergebnissen.

In ihrer Diskussion möglicher Erklärungen kommen Weissman und Klerman (1977) zu dem Schluß, daß es sich um eine "reale" Differenz handelt, nicht um methodische Artefakte. Endokrinologische und psychosoziale Faktoren werden als mögliche Ursache für die höhere Prävalenz unter Frauen angegeben.

### 1.2.2.3 Alter

Insgesamt sind die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht konsistent, es finden sich nur Trends.

Hirschfeld und Cross (1982) geben für Frauen unter 35 Jahren und für Männer über 50 Jahren die höchsten Prävalenzraten depressiver Symptome an, während der Häufigkeitsgipfel für unipolar depressive Erkrankungen bei Frauen um das 40. Lebensjahr und bei Männern um das 50. Lebensjahr liegt.

Weissman und Boyd (1982) fanden bei Männern keinen einheitlichen Trend, bei Frauen ebenfalls um das 40. Lebensjahr die höchste Prävalenz depressiver Erkrankungen; die höchste Prävalenz depressiver Symptome lag etwas früher.

#### 1.2.2.4 Schicht

Die soziale Schicht hat einen deutlichen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken. Hirschfeld und Cross (1982) fanden die höchste Rate depressiver Symptome in den unteren sozialen Schichten, bezüglich der unipolar depressiven Erkrankungen ist die Tendenz nicht so stark, aber gleichsinnig gerichtet.

Boyd und Weissman (1982) stimmen hinsichtlich der Schichtspezifität der Prävalenz depressiver Symptome mit Hirschfeld und Cross überein, fanden jedoch keine Differenzen in der Prävalenz unipolar depressiver Erkrankungen.

#### 1.2.2.5 Familienstand

In vielen Untersuchungen finden sich die höchsten Raten depressiver Symptome unter den Geschiedenen und Getrennten. In absteigender Reihe folgen die Alleinlebenden und die Verheirateten (Hirschfeld & Cross, 1982).

Ein etwas anderes Bild entsteht, wenn man nach Familienstand und Geschlecht differenziert. Nach Prävalenzquoten in absteigender Reihenfolge geordnet ergibt sich folgende Verteilung:

- 1) Geschiedene und getrennte Frauen;
- 2) Alleinstehende, verwitwete und geschiedene Männer;
- 3) Alleinstehende und verwitwete Frauen;
- 4) Verheiratete Frauen;
- 5) Verheiratete Männer.

Auffällig ist dabei, daß alleinstehende und verwitwete Frauen geringere Prävalenzquoten depressiver Symptome aufweisen als Männer des gleichen Familienstandes. Weissman und Klerman (1977) berichten in ihrer umfassenden Arbeit über Geschlechtsdifferenzen in der Epidemiologie der Depression über eine Reihe von Untersuchungen, die den größten Anteil depressiver Personen unter den verheirateten Frauen und den alleinlebenden Männern finden.

## 2. Zur Theorie des Social Support

Erst Mitte der siebziger Jahre wurde das Konzept des Social Support explizit formuliert, theoretisch untersucht und in die empirische Forschung systematisch einbezogen. Die zugrunde liegenden Vorstellungen sind jedoch sehr viel älter; das Social Support-Motiv findet sich schon in alten Märchen und Überlieferungen; so z.B. auch im "Märchen von der Unke" der Brüder Grimm:

Es war einmal ein kleines Kind, dem gab seine Mutter jeden Nachmittag ein Schüsselchen mit Milch und Weckbrocken, und das Kind setzte sich damit hinaus in den Hof. Wenn es aber anfang zu essen, so kam die Hausunke aus einer Mauerritze hervorgekrochen, senkte ihr Köpfchen in die Milch und aß mit. Das Kind hatte seine Freude daran, und wenn es mit seinem Schüsselchen dasaß und die Unke kam nicht gleich herbei, so rief es ihr zu:

"Unke, Unke, komm geschwind,  
Komm herbei, du kleines Ding,  
Sollst dein Bröckchen haben,  
An der Milch dich laben."

Da kam die Unke gelaufen und ließ es sich gut schmecken. Sie zeigte sich auch dankbar, denn sie brachte dem Kind aus ihrem heimlichen Schatz allerlei schöne Dinge, glänzende Steine, Perlen und goldene Spielsachen. Die Unke trank aber nur Milch und ließ die Brocken liegen. Da nahm das Kind einmal sein Löffelchen, schlug ihr damit sanft auf den Kopf und sagte: "Ding, iß auch Brocken". Die Mutter, die in der Küche stand, hörte, daß das Kind mit jemand sprach, und als sie sah, daß es mit seinem Löffelchen nach einer Unke schlug, so lief sie mit einem Scheit Holz heraus und tötete das gute Tier.

Von der Zeit an ging eine Veränderung mit dem Kinde vor. Es war, solange die Unke mit ihm gegessen hatte, groß und stark geworden, jetzt aber verlor es seine schönen roten Backen und magerte ab. Nicht lange, so fing in der Nacht der Totenvogel an zu schreien, und das Rotkehlchen sammelte Zweiglein und Blätter zu einem Totenkranz, und bald hernach lag das Kind auf der Bahre.

Die wissenschaftlichen Grundlagen der Social Support-Theorie entstammen den verschiedensten Sozialwissenschaften, sicherlich mit ein Grund für die Unterschiedlichkeit der jeweiligen theoretischen Ansätze.

Eine umfassende Darstellung der Social Support-Theorie ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Es sollen jedoch - auch zum besseren Verständnis der empirischen Studien - zumindest folgende Fragen näher untersucht werden:

1. Was versteht man unter Social Support?
2. Wie wirkt Social Support?
3. Was sind die Quellen des Social Support?

Die hier beschriebenen Social Support-Konzepte stellen nur eine Auswahl dar, sie stehen exemplarisch für eine Reihe ähnlicher Modelle. Es sind häufig zitierte Konzepte, die gleichzeitig sozusagen einen Teil der Geschichte der Theorie des Social Support darstellen. Die teilweise angesprochenen Ursprünge und Grundlagen der Theorie sind gerade nur angedeutet. Eine umfassende Darstellung der Ursprünge findet sich bei Killilea (1982).

## 2.1 Was versteht man unter Social Support?

### 2.1.1 Definitionen:

Cobb (1976) formulierte eine relativ stringente Definition von Social Support:

- "Information, die bei einer Person zu der Überzeugung führt - geliebt zu werden
- geachtet und geschätzt zu werden
  - einem System sozialer Beziehungen anzugehören, das durch Kommunikation und gegenseitige Verpflichtung gekennzeichnet ist;

Cobb betont den kognitiven Charakter des Social Support, er schließt beispielsweise materielle Hilfe explizit aus. Nur das subjektive Wissen um den möglichen Zugang zu dieser Hilfe zählt unter Social Support.

Cobb (1976) definierte Social Support relativ abstrakt als eine spezifische Form von I n f o r m a t i o n . Caplan & Killilea (1976) hingegen beziehen sich auf speziell geartete B i n d u n g e n zwischen Individuen und Individuen und Gruppen. Sie definieren Support Systeme folgendermaßen:

"..attachments among individuals or between individuals and groups that serve to improve adaptive competence in dealing with short-term crises and life-transitions as well as long-term challenges, stresses, and privations through a) promoting emotional mastery,

- b) offering guidance regarding the field of relevant forces involved in expectable problems and methods of dealing with them, and
- c) providing feedback about an individual's behavior that validates his conception of his own identity and fosters improved performance based on adequate self-evaluation."

(Caplan & Killilea 1976, S.41)

Henderson's (1977) Definition nimmt im Vergleich zu den beiden oben zitierten eine Mittelstellung ein. Er umschreibt Social Support mehr als daß er ihn definiert:

"...Quanta of attachment which are transmitted and received during interpersonal transactions".

Henderson betont, daß dieses Vermitteln und Wahrnehmen nicht auf direkten verbalen Ausdruck beschränkt ist. Es handelt sich vielmehr um einen kognitiven Prozess, der sich nur indirekt erfassen läßt und dessen einzelne Komponenten unbekannt sind. Gleichwohl gibt Henderson (1977) einige "meßbare" Variablen an:

- die subjektive Verfügbarkeit des anderen,
- die gesamte Interaktionszeit,
- den Grad an affektiver Reziprozität,
- das Ausmaß an vom Partner erhaltener Aufmerksamkeit.

Lin und Mitarbeiter (1979) definierten Social Support als

"Unterstützung, die ein Individuum durch und über seine sozialen Beziehungen zu anderen Individuen, Gruppen und der Gesellschaft erhalten kann".

Dean und Lin (1977) differenzierten instrumentellen und expressiven Social Support, entsprechend der Einteilung der Handlungen in instrumentelle (Ziel und Durchführung der Handlung lassen sich trennen) und expressive (Ziel und Durchführung der Handlung sind identisch).

Die Betonung liegt - hinsichtlich seiner Bedeutung für die Erhaltung der Gesundheit - auf dem expressiven Anteil des Social Support. Dieser wird in erster Linie in engen emotionalen Beziehungen vermittelt.

Während Lin u.M. (1979) mit ihrer Definition sehr dicht an der umgangssprachlichen Bedeutung des Begriffs "Social Support" bleiben, definieren Kahn & Antonucci (1980), House (1981) und Moos & Mitchell (1982 a) Social Support als "interpersonal transactions":

Kahn und Antonucci (1980) schlagen vor, Social Support folgendermaßen zu definieren:

"...transactions that include one or more of the following key elements: affect, affirmation and aid. By affective transactions we mean expressions of liking, admiration, respect or love. By transactions of affirmation we mean expressions of agreement or acknowledgement of the appropriateness or rightness of some act or statement of another person. Finally we include as social support those transactions in which direct aid or assistance is given, including things, money information, time, and entitlements."

House (1981) definiert Social Support wie folgt:

"Social support is an interpersonal transaction involving one or more of the following:

- 1) emotional concern (liking, love, empathy),
- 2) instrumental aid (goods or services),
- 3) information (about the environment)
- 4) appraisal (information relevant to self-evaluation)".

Moos & Mitchell (1982) differenzieren fünf Typen von supportiven Interaktionen zwischen Beziehungsnetzmitgliedern:

- emotional support
- social regulation
- material aid and services
- social companionship
- cognitive guidance and advice

"Social regulation" meint hier die Bestätigung der Verpflichtungen, die sich aus den sozialen Rollen ergeben, und die Unterstützung des Individuums bei seinem Bemühen, diesen Verpflichtungen nachzukommen.

"Social companionship" meint gemeinsame Teilnahme an Freizeitveranstaltungen und sozialen Aktivitäten.

Thoits (1982) definiert Social Support in Anlehnung an Kaplan und Mitarbeiter (1977): Grad an Befriedigung elementarer sozialer Bedürfnisse durch Interaktionen mit anderen Personen. "Elementare soziale Bedürfnisse" sind nach Thoits (1982) Bedürfnis nach Achtung, Zuneigung, Zugehörigkeitsgefühl, Identität und Sicherheit. Diese Bedürfnisse können durch "socioemotional aid" (Zuneigung, Sympathie und Verständnis, Annahme und Achtung durch wichtige andere Personen) oder durch "instrumental aid" (Rat, Information, Geld usw.) befriedigt werden.

### 2.1.2 Vergleichende Diskussion der verschiedenen Definitionen

Eine der Schwierigkeiten bei der Definition von Social Support besteht darin, daß es sich dabei um einen quasi umgangssprachlichen Ausdruck handelt, dessen Bedeutung so evident zu sein scheint, daß er "mehr gebraucht als definiert wird" (Kahn & Antonucci 1980). So ist die Definition von Lin und Mitarbeitern (1979) letztlich nur eine ausführlichere Formulierung der üblichen sprachlichen Bedeutung von Social Support. Außerdem ist diese Definition so umfassend, daß eine konkrete Anwendung unmöglich ist.

Die Definition von Henderson (1977) ist zwar sehr viel enger gefaßt, zielt aber auf einen kognitiven Prozeß und läßt sich kaum operationalisieren. Damit ist auch diese Definition für empirische Studien nur bedingt geeignet.

Die Definition von Cobb (1976) umreißt zwar klar und genau, was unter Social Support zu verstehen ist, läßt aber die Art der Übermittlung (die Quelle der Unterstützung) offen. Demnach wäre es auch denkbar, daß die Sozialgesetzgebung eines Landes Quelle von Social Support sein kann. Der Begriff wird dadurch so unbestimmt oder umfassend, daß es praktisch unmöglich wird, mit dieser Definition zu arbeiten.

Thoits, Cobb und Henderson definieren Social Support zumindest z.T. über die subjektive Einschätzung der Angemessenheit der Beziehungen durch das Individuum, also über seine Zufriedenheit mit seinen sozialen Beziehungen. Diese Vorgehensweise wirft erhebliche theoretische und methodische Probleme auf:

Was wird gemessen oder geht in die Messung mit ein: die Stimmung des Patienten - seine vielleicht neurotischen Ansprüche an Beziehungen - seine allgemeine Persönlichkeitsstruktur?

Um sich diesen Fragen zu nähern wäre es nützlich, Social Support über die Zeit zu messen. Zeigt die Einschätzung der Beziehungen ein konstantes Muster, verändert sie sich vor oder während einer Krankheitsperiode? In welchem Verhältnis stehen Persönlichkeitsvariablen und Social Support?

Bei House (1981), Kahn & Antonucci (1980), sowie bei Moos & Mitchell (1982) wird Social Support als zwischenmenschliche Interaktion definiert, die Charakteristika werden beschrieben. Diese Definitionen sind relativ eng gefaßt und eindeutig. Sie lassen sich gut in empirischen Studien anwenden.

Die meisten Definitionen (alle hier zitierten Definitionen bis auf Henderson (1977) ) unterscheiden mehrere Aspekte oder Elemente. Das emotionale Element nimmt dabei eine ge-

wisse Vorrangstellung ein. Es ist nicht nur in allen Definitionen enthalten, sondern wird auch von den meisten Autoren in seiner Bedeutung hervorgehoben. Es umfaßt das Vermitteln und Wahrnehmen von Gefühlen wie Zuneigung, Vertrauen, Anerkennung, Zugehörigkeit. Dieser Aspekt wird im allgemeinen mit "emotional support" oder "affective support" umschrieben (bei Dean & Lin (1977) mit "expressive support").

Das zweite, ebenso wie das emotionale, relativ leicht abgrenzbare Element ist der "instrumental support". Er umfaßt stets materielle Hilfe wie Geld, Güter, Dienstleistungen, bei einigen Autoren jedoch auch Information oder sogar Rat (Kahn & Antonucci (1980), Thoits (1982) ).

Nach den Definitionen von Henderson (1977) und Cobb (1976) würde eine Interaktion wie "Geld leihen" zwar nicht für sich als Social Support gewertet, bei Henderson würde jedoch beispielsweise das Vertrauen, das sich in dieser Handlung ausdrückt, unter Social Support gezählt, und bei Cobb wäre die Gewißheit, Geld leihen zu können, mit Social Support gleichzusetzen.

Die Haltung von Cobb und Henderson ist insofern von Vorteil, als dadurch eine Vermischung von Social Support mit anderen Variablen (z.B. Einkommen) vermieden wird. So ist z.B. das Babysitting durch Freunde für unterschiedlich begüterte Frauen von höchst unterschiedlicher Bedeutung (während die Bedeutung einer Aussprachemöglichkeit über persönliche Probleme nicht durch die finanzielle Situation betroffen ist).

Auch Hilfe durch Informationsvermittlung u.ä. überschneidet sich mit einer anderen soziokulturellen Variablen, jedoch nur teilweise. Ein höheres Maß an Ausbildung zieht zwar auch ein gewisses Maß an "sozialem" Wissen, Wissen um Rechte, Informations- und Hilfsquellen nach sich, doch zeigt das von Caplan (1976) ausführlich dargestellte Beispiel des Systems der informellen Helfer, daß die Informationsquelle und die Art der Informationsübermittlung von entscheidender Bedeutung sein können.

Thoits (1982) und Lin und Mitarbeiter (1979) verzichten auf weitere Unterteilungen. Sie differenzieren nur "socio-emotional" (bzw. "expressive") und "instrumental support". Viele Autoren grenzen jedoch noch die Feed-back-Funktion als gesondertes Social Support-Element ab. Dies scheint insofern sinnvoll, als es sich auf das Verhältnis Individuum/Gruppe bezieht, nicht wie "emotional" und "instrumental support" auf das Individuum allein. Die Feed-back-Funktion des Beziehungsnetzes übt eine stabilisierende Wirkung auf die Eingebundenheit des Individuums in seiner sozialen Umgebung aus, während "emotional" und "instrumental support" das Individuum nur in sich stabilisieren können.

Ein weiteres mögliches Social Support-Element ist "cognitive guidance" (Moos & Mitchell 1982). Während die drei ersten Aspekte von Social Support in Interaktionen zwischen "gleichwertigen" Partnern repräsentiert sein können, erfordert dieses Element einen als überlegen anerkannten Interaktionspartner.

Moos & Mitchell (1982 a) zählen noch ein fünftes Social Support-Element auf: "Social companionship". Die gemeinsame Teilnahme an sozialen oder Freizeitaktivitäten läßt sich jedoch problemlos dem "emotional support" zuordnen, berücksichtigt man unter diesem Element auch die emotionale Unterstützung durch relativ unverbindliche Beziehungen.

Es ist offensichtlich, daß sich die hier aufgeführten Social Support-Elemente gegenseitig überlagern. Leiht man einer Person Geld, handelt es sich zwar um materielle Hilfe, zugleich drückt diese Handlung aber auch Emotionen wie Vertrauen, Zuneigung oder Mitleid aus.

Trotzdem scheint es sinnvoll, verschiedene Elemente von Social Support zu unterscheiden und dies auch in einem eventuellen Social Support-Instrument zu berücksichtigen. Es wäre denkbar, daß die verschiedenen Aspekte verschiedene Funktionen ausüben bzw. in unterschiedlichen Situationen benötigt werden:

Zu prüfen wäre also, welche spezifischen Social Support-Bedürfnisse in einer bestimmten Situation bei einem bestimmten Individuum bestehen und welche Auswirkungen ein Defizit in der Befriedigung dieser Bedürfnisse nach sich zieht. Globale Social Support-Messungen haben vor allem hinsichtlich der Möglichkeit einer eventuellen therapeutischen Intervention deutlich geringere Aussagekraft.

### 2.1.3 Social Support und Social Functioning

Die beiden Begriffe werden häufig im Zusammenhang gebraucht und überschneiden sich zum Teil. Sie bezeichnen jedoch verschiedene Konstrukte.

Kane u.M. (1984) grenzen Social Support und Social Functioning deutlich von einander ab:

"Social Functioning as adaptation refers to the way a person meets social expectations and responsibilities".  
(Kane u.M. 1984, S.6)

"Social Support....refers to the way a person is anchored in a social milieu or network so as to receive information, protection, assistance, and a sense of belonging and worth".  
(Kane u.M. 1984, S.7)

Kane u.M. (1984) weisen darauf hin, daß die Fähigkeit, unterstützende soziale Beziehungen aufzubauen und zu erhalten, gewissermaßen Teil guten sozialen Funktionierens darstellt, daß aber umgekehrt eine sozial sehr schlecht angepaßte Person u.U. ein hohes Maß an sozialer Unterstützung erhalten kann.

Social Support zu erhalten setzt eine Person voraus, die soziale Beziehungen unterhalten kann, und eine soziale Umgebung, die in der Lage ist, Social Support zu vermitteln. Social Functioning hängt ganz überwiegend von den Fähigkeiten der Person ab, selbst wenn es die Umgebung ist, die die zu erfüllenden Maßstäbe setzt.

## 2.2 Wie wirkt Social Support?

Eine Untersuchung der Frage, auf welche Weise ein Mangel an Social Support letzten Endes pathogen wirken könnte, überschreitet den Rahmen dieser Arbeit. Im folgenden soll lediglich ein kurzer Überblick über die psychosozialen Wirkungsmodelle der Social Support-Literatur gegeben werden.

Es gibt zahlreiche, relativ begrenzte Modelle, die einen Mangel an Social Support mit psychischer und physischer Krankheit in Beziehung setzen. Einen der Hauptdiskussionspunkte in der Social Support-Literatur stellt die sogenannte "Puffertheorie" dar, auf die - unter Punkt 2.2.2 - noch näher eingegangen wird.

Eines der umfassendsten Modelle stellen Moos & Mitchell (1982) vor: Sie diskutieren den Zusammenhang zwischen Social Support und psychischer/physischer Gesundheit unter Berücksichtigung von vier weiteren Faktoren oder Faktorengruppen: "Coping Responses", "Life Stressors and Strains", "Environmental Factors" und "Personal Factors".

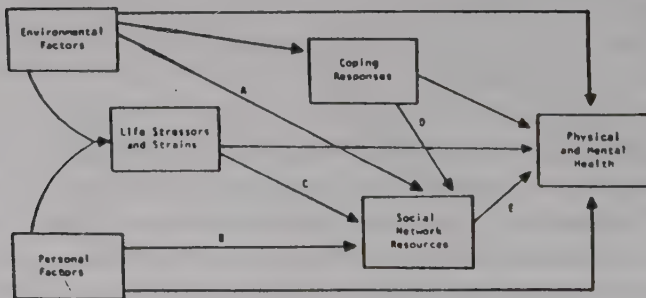


Figure 10.1. A conceptual framework of the determinants and effects of social network resources

(aus Moos & Mitchell 1982, S. 219)

Dabei ist anzumerken, daß die dargestellten Wirkungspfeile nicht unidirektional, sondern potentiell reziprok aufzufassen sind (Moos & Mitchell 1982).

Dieses Modell enthält im wesentlichen alle in der Literatur diskutierten Beziehungen zwischen Social Support, Krankheit und intervenierenden Variablen. Es soll daher an Hand der oben aufgeführten Faktoren (Stress, Coping usw.) auf die entsprechende Literatur kurz verwiesen werden.

### 2.2.1 Stress\* und Social Support

Unter dem Stichwort "Puffertheorie" wird in der Literatur die Frage diskutiert, ob Social Support direkt oder indirekt auf die psychische/physische Gesundheit Einfluß nimmt.

Grundsätzlich lassen sich in dieser Diskussion zwei Positionen ausmachen:

1. Stress wirkt negativ auf die psychische Gesundheit. Social Support kann diese negativen Auswirkungen mildern oder aufheben, hat für sich jedoch keine Wirkung auf die Gesundheit.
2. Social Support ist - für sich genommen - notwendig zur Erhaltung der psychischen Gesundheit, und zwar unabhängig vom jeweiligen Stresslevel.

Caplan (1974), Cobb (1976), Lin u.M. (1979) sind Vertreter der ersten Sichtweise. Für sie hat Social Support nur eine "Pufferfunktion", während Henderson (1977), Moos & Mitchell (1982), Mueller (1980) und Billings & Moos (1985) auch einen direkten Einfluß auf die psychische Gesundheit postulieren.

Ob Social Support direkt oder als Puffer wirkt, läßt sich nicht theoretisch, sondern nur empirisch klären. Das Ergebnis dieser strittigen Frage wird jedoch nicht zuletzt von den verwendeten Definitionen (bzw. Instrumenten) abhängen:

1. Postuliert man einen reinen Puffereffekt von Social Support, wird die Vorstellung impliziert, daß es, zumindest zeitweise, völlig stressfreie Lebensabschnitte geben muß,

\*"Stress" wird hier im Sinne von Life events und chronischen psychosozialen Belastungen gebraucht.

- jedenfalls ist es eindeutig eine Frage der Definition des Begriffes "Stress", ob dies möglich ist oder nicht.
2. Stress und Social Support sind praktisch nicht unabhängig voneinander meßbar. Mueller (1980) weist darauf hin, daß die Mehrzahl der Ereignisse in den Life event-Skalen auf einer Reduktion oder Unterbrechung von sozialen Beziehungen beruhen oder diese nach sich ziehen. Das bedeutet, daß eventuell zu findende Interaktionen zwischen Stress und Social Support auf einen methodischen Fehler zurückzuführen wären, bzw. daß zumindest diese Möglichkeit besteht.

### 2.2.2 Coping und Social Support

Coping (im Sinne einer Anwendung einer bestimmten Strategie zur Bewältigung einer spezifischen Situation) und Social Support sind häufig in Beziehung gesetzt worden: Cobb (1976) erklärt die Wirkungsweise von Social Support durch Coping, Gore (1978) nennt als hervorragende Eigenschaft des Social Support die Verbesserung der Coping-Fähigkeiten. Auch Billings & Moos (1985 b) weisen auf die Möglichkeit hin, daß Social Support unter anderem über eine Verbesserung des Coping wirkt.

Pearlin u.M. (1981) postulieren einen indirekten interaktiven Effekt von Coping und Social Support auf die Wahrscheinlichkeit unter Stress an Depression zu erkranken. Umgekehrt läßt sich die Fähigkeit, Social Support von seiner Umgebung zu fordern und zu erhalten, auch als Coping-Strategie betrachten, die die Menge des verfügbaren Social Support vergrößert (Moos & Mitchell 1982, Leavy 1983).

### 2.2.3 Persönlichkeitsfaktoren und Social Support

Es gibt verschiedene Anhaltspunkte, daß Persönlichkeitsfaktoren die Menge des zur Verfügung stehenden Social Support beeinflussen. Eckenrode (1983) fand eine positive

Korrelation zwischen verfügbarem Social Support und der "positiven Einschätzung der Effizienz sozialer Unterstützung".

Henderson u.M. (1981) berichten, daß die Menge des zur Verfügung stehenden Social Support signifikant mit "affilative tendency" korreliert.

Sarason & Sarason (1982) fanden eine negative Korrelation zwischen Social Support, der einer Person zur Verfügung stand, und "Anzeichen einer rigiden, intoleranten Persönlichkeit".

#### 2.2.4 "Environmental Factors" und Social Support

Nicht nur persönliche Faktoren, wie Persönlichkeitsstrukturen oder bestimmte Gegebenheiten der sozialen Rolle, können möglicherweise die Menge des verfügbaren Social Support beeinflussen, sondern auch mehr äußerliche Faktoren:

Moos & Mitchell (1982) weisen auf eine Studie von Warren (1978) hin, wonach bestimmte Nachbarschaftsstrukturen mit der Höhe gegenseitiger Nachbarschaftshilfe korrelieren. Auf ein ähnliches Phänomen weist die Studie von Stephens u.M. (1978) hin: Hier korrelierte die Zahl der Nachbarn im gleichen Alter wie die untersuchte Person mit der Menge an verfügbarem Social Support.

Ebenso wie die Bevölkerungsstruktur des Wohnviertels Einfluß auf den verfügbaren Social Support haben kann, wären noch andere äußerliche Einflußfaktoren wie z.B. architektonische oder städtebauliche Gegebenheiten denkbar.

#### 2.2.5 Psychische Krankheit und Social Support

Die meisten Modelle, die den empirischen Social Support-Studien zugrunde liegen, und zahlreiche theoretische Konzepte (Cobb 1976; Caplan 1974; Lin u.M. 1979, Mueller 1980) gehen von einer positiven Korrelation zwischen psychischer/physischer Gesundheit und Social Support aus,

wobei impliziert wird, daß Social Support die unabhängige, und Depressivität die abhängige Variable ist.

Es ist jedoch ebenso vorstellbar, daß die Variable Depressivität ihrerseits die Menge des verfügbaren Social Support beeinflusst. So berichtet z.B. Hell (1980), daß gesunde Interaktionspartner sich von depressiven Patienten signifikant häufiger zurückziehen als von gesunden Kontrollpersonen oder von nicht-depressiven psychiatrischen Patienten (Coyne 1976).

Eine dritte Möglichkeit besteht in der Hypothese Hendersons (1977), in der er der Persönlichkeitsstruktur die bestimmende Rolle zuweist, von der sowohl die Gesundheit als auch der verfügbare Social Support abhängen.

Inwieweit sich diese generell diskutierten Zusammenhänge in den spezifischen Social Support/Depressivitäts- Studien bestätigen lassen, wird im Kapitel 3.3.1 mit 3.3.3 erörtert

## 2.3 Was sind die Quellen von Social Support?

In der theoretischen Diskussion behandeln nur wenige Autoren die Bedeutung der Quelle des Social Support.

Kahn und Antonucci (1980) weisen darauf hin, daß die Zusammensetzung des supportiven Beziehungsnetzes abhängig ist von der sozialen Rolle, den persönlichen Eigenschaften und Bedürfnissen, sowie dem Lebensabschnitt der betreffenden Person. Sie differenzieren drei Gruppen supportiver Beziehungen:

1. Beziehungen zu anderen Personen, die eindeutig rollenbezogen sind, wie Beziehungen zu Arbeitskollegen oder Vorgesetzten. Bei einem Wechsel der Arbeitsstelle werden diese Beziehungen durch neue ersetzt.
2. Beziehungen, die ebenfalls rollenabhängig sind, sich jedoch nicht darauf beschränken. Zeit, Ort und Gegenstand der Interaktionen mit dieser Gruppe sind unabhängig von dem durch die sozialen Rollen vorgegebenen Rahmen; die gefühlsmäßige Bindung ist jedoch nicht

sehr eng. Diese Gruppe bilden entferntere Familienangehörige, befreundete Nachbarn oder Kollegen.

3. Die dritte Gruppe an sozialen Beziehungen ist die zeitlich stabilste Gruppe. Die Beziehungen sind u n a b h ä n g i g von den aktuellen s o z i a l e n R o l l e n . Enge Freunde, nahe Angehörige, Lebenspartner zählen im allgemeinen zu diesem "innersten" Kreis.

Diese Gruppe ist nach Kahn und Antonucci (1980) die am stärksten unterstützende.

Auch Dean und Lin (1977) gehen davon aus, daß es die engen Beziehungen sind, die die größte supportive Wirkung entfalten. Sie führen dies darauf zurück, daß es die engen Beziehungen sind, die "expressive support" vermitteln können, und daß diesem die entscheidende gesundheitserhaltende Wirkung zukommt.

Mueller (1980) diskutiert ausführlich die Struktur des sozialen Beziehungsnetzes. Die kritischen Variablen sind in diesem Fall: Größe und Dichte des Beziehungsnetzes, Frequenz der Kontakte, Reziprozität und Multiplexität\* der Beziehungen, Verhältnis Verwandte/Nicht-Verwandte in der Gesamtheit der sozialen Beziehungen, geographische Distanzen zwischen den einzelnen Mitgliedern des Beziehungsnetzes (Mueller 1980).

Caplan (1974) diskutiert die Rolle des informellen Helfers und weist ausdrücklich darauf hin, daß Eigenschaften wie die Wechsel- und Gegenseitigkeit der Hilfe, die Ausrichtung auf die einzelne Persönlichkeit, die Beziehungen des Helfers zum Empfänger für die Wirksamkeit der Hilfe von entscheidender Bedeutung sind.

\*"multiplex relationships: i.e. relationships with more than one content area - content areas might include recreational economic, religious, sexual, political and others" (Mueller 1980, S. 149)

Caplan (1974) und Mueller (1980) stützen sich mehr auf allgemeine Beschreibungen supportiver Beziehungen - Caplan auf die Rolle des informellen Helfers, Mueller auf die generelle Beziehungsnetzstruktur - beide Autoren berücksichtigen jedoch auch die qualitativen Aspekte der Social Support-Beziehungen.

Eine eindeutige Vorrangstellung räumen hingegen Dean und Lin (1977) und Kahn und Antonucci (1980) den engen Beziehungen ein. Diese seien die eigentlichen Vermittler von Social Support.

### 3. Empirische Studien zum Verhältnis zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen

#### 3.1 Übersichtsarbeiten zum Verhältnis Social Support und psychische Erkrankungen

Bislang existieren keine zusammenfassenden Arbeiten zur Beziehung zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen. 1983 sind jedoch zwei Übersichtsarbeiten erschienen, die die Ergebnisse empirischer Studien zum Thema Social Support und psychische Gesundheit kritisch darstellen: Broadhead u.M. (1983) und Leavy (1983).

Beide Autoren fanden, trotz der großen Variation hinsichtlich Definition und Erfassungsmethodik von Social Support\*, eine durchgängig positive Korrelation zwischen psychischer Krankheit und einem Mangel an Social Support. Allerdings ist das Ausmaß dieser Korrelation nicht sehr hoch.

Broadhead u.M. (1983) geben an, daß bei korrekter Berechnung zwischen 1% und 7% der Varianz psychischer Krankheit mit der Variablen Social Support erklärbar sind.

Über diesen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen Social Support und psychischer Gesundheit hinaus nehmen Broadhead u.M. (1983) und Leavy (1983) zu verschiedenen Aspekten Stellung: Zur Wirkungsweise von Social Support, zur Erfassung von Social Support, zu geschlechtsspezifischen Differenzen in der Reaktion auf Social Support.

#### Zur Wirkungsweise:

Weder Broadhead u.M. (1983) noch Leavy (1983) sprechen sich für oder gegen die "Puffertheorie" aus. Leavy ist der Meinung, daß die bisherigen Ergebnisse zu inkonsistent sind, um darüber ein Urteil fällen zu können.

Broadhead u.M. hingegen erklären die Entscheidung für grundsätzlich nicht möglich, solange nicht wirklich von einander unabhängige Social Support- und Life event-Instrumente eingesetzt werden. (Die bisher benützten Life event-Skalen

\*Im Kapitel 4 werden die im folgenden zitierten Social Support-Erfassungs-Instrumente - soweit sie zugänglich waren - vorgestellt.

enthalten überwiegend Ereignisse, die zumindest die Möglichkeit einer Veränderung im zur Verfügung stehenden Social Support enthalten, z.B. Umzug oder Abschluß einer Ausbildung

Social Support als unabhängige Variable:

Die Frage, ob zwischen Mangel an Social Support und Krankheit ein kausaler Zusammenhang besteht, wird von Broadhead u.M. (1983) ausführlich diskutiert und bejaht (mit der Einschränkung allerdings, Social Support als unabhängige Variable zu betrachten).

Für Leavy (1983) steht Social Support in einem dynamischen Gleichgewicht mit den sozialen und entwicklungsgeschichtlichen Kräften, die auf den Menschen einwirken. Unidirektionale kausale Modelle können demnach keine adäquate Beschreibung oder Erklärung der Zusammenhänge liefern.

Social Support als abhängige Variable:

Beide Autoren weisen darauf hin, daß es nicht genügt, Social Support als unabhängige Variable zu betrachten. Social Support wird von äußeren und inneren Faktoren mitbestimmt (Leavy 1983).

Broadhead u.M. (1983) nennen drei mögliche Faktoren, durch die Social Support beeinflusst werden kann:

1. Coping-Mechanismen des betreffenden Individuums;
2. die sozialen Gegebenheiten;
3. die aktuellen Bedürfnisse des Individuums.

Geschlechtsspezifische Differenzen:

Broadhead u.M. (1983) weisen darauf hin, daß die Wirkung von Social Support für Männer und Frauen möglicherweise von unterschiedlicher Bedeutung ist. Broadhead u.M., die sich hinsichtlich dieses Aspektes ebenso wie Leavy nur auf relativ wenige Studien stützen, sehen bei Frauen eine strengere Korrelation zwischen Krankheit und einem Mangel an Social Support als bei Männern. Beide Autoren beschreiben für Männer und Frauen unterschiedlich strukturierte Beziehungsnetze. So ist z.B. bei den Frauen der Anteil an Verwandten

größer als bei Männern und die Zahl der Vertrauensbeziehungen generell höher (Leavy 1983). Was die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung betrifft, zitieren Broadhead u.M. (1983) und Leavy (1983) inkonsistente Ergebnisse.

#### Zur Erfassung des Social Support:

Broadhead u.M. (1983) kommen zu dem Schluß, daß die quantitative Erfassung von Social Support bzw. von Beziehungsnetzstrukturen weniger aussagekräftig ist als Informationen über die Qualität der Unterstützung bzw. der Beziehungen. Selbst bei Studien, deren Social Support-Index sich auf eine Frage nach einem "Vertrauten" beschränkt, findet sich eine Korrelation zwischen Krankheit und Social Support (Broadhead u.M. 1983). Das Fehlen eines "Vertrauten" ist, nach Leavy (1983) sogar besonders deutlich mit depressiven Symptomen korreliert.

Insgesamt bemängeln beide Autoren die unzureichende Qualität der Social Support-Instrumente. Angaben zur Reliabilität und Validität der verwendeten Instrumente sind für die Überprüfung der bisher gefundenen Zusammenhänge von unbedingter Notwendigkeit (Leavy 1983).

### 3.2 Ergebnisse empirischer Studien zum Verhältnis zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen

Im folgenden sollen die Ergebnisse empirischer Studien dargestellt werden, die sich speziell auf den Zusammenhang zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen beziehen. Dabei wurden nur solche Arbeiten berücksichtigt, die übliche Diagnostik-Instrumente zur Erfassung der depressiven Verstimmung verwenden\*.

Dies sind zum einen Instrumente zur Erfassung depressiver

\*Mit einer Ausnahme: Billings & Moos (1982a); in dieser Studie wurde ein selbstentwickeltes Instrument zur Erfassung der depressiven Symptomatik verwendet (Health and Daily Living Form). Da die Studie eine der wenigen epidemiologischen Längsschnittstudien darstellt, wurde sie hier mitaufgenommen.

Symptome, meist Selbstbeurteilungsfragebögen, zum anderen Diagnostiksysteme.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Instrumente:

1. Selbstbeurteilungsfragebögen

Beck Depression Inventory, BDI (Beck 1967)

Brief Symptom Inventory, BSI (Derogatis 1977)

Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale,  
CES - D (Radloff 1977)

Hamburger Depressionsskala (Kerekjarto 1969)

Hopkins Symptom Check List (Derogatis u.M. 1974)

Raskin & Rae-Skala (Raskin & Rae 1981)

Zung Self-Rating-Scale (Zung 1965)

2. Fremdbeurteilungsfragebögen

General Health Questionnaire, GHQ, depression subscale  
(Goldberg 1972)

Hamilton Rating Scale, HRS (Hamilton 1960)

Multiple Affect Adjective Check List, MAACL  
(Zuckerman & Lubin 1965)

3. Standardisierte Interviews

Present State Examination, PSE (Wing u.M. 1974)

4. Diagnostiksysteme

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
3. Version, DSM-III (American Psychiatric Association  
1980)

Feighner Research Criteria (Feighner u.M. 1972)

Research Diagnostic Criteria, RDC (Spitzer u.M. 1978)

### 3.2.1 Epidemiologische Studien

#### 3.2.1.1 Querschnittstudien (siehe Tab. 3.1)

Eine Reihe von Querschnittstudien belegen den Zusammenhang zwischen einem Mangel an Social Support und depressiven Symptomen: Diese Beziehung trifft für repräsentative Bevölkerungsstichproben (Costello 1982; Prudo u.M. 1984; Lin & Ensel 1984; Hällström & Persson 1984; Dressler 1985; Billings & Moos 1982a; Aneshensel u.M. 1982;) wie auch für spezielle Personengruppen zu: Studentenpopulationen (Cohen & Hoberman 1983; Habif & Lahey 1980; Sandler & Barrera 1984;), Senioren (Hautzinger 1985; Hautzinger u.M. 1982), Angehörige der Mittelschicht (Schafer u.M. 1981; Warren & McEachern 1983; Hertsgaard & Light 1984;), verheiratete Frauen mit mindestens einem Kind (D'Arcy & Siddique 1984), verheiratete, berufstätige Männer (Syrotuik & D'Arcy 1984).

Des weiteren gibt es einige Querschnittstudien, die bestimmte Risikogruppen für depressive Erkrankungen untersuchen, wie Frauen nach der Geburt (Paykel u.M. 1980; Cutrona 1984; O'Hara u.M. 1983;) oder Patienten mit multipler Sklerose (McIvor u.M. 1984), und Studien, die Personen untersuchen, die dem gleichen Stress, sei es als einmaliges Ereignis, sei es als längerdauernde Belastung, ausgesetzt sind: Atom-Unfall auf Three-Miles-Island (Solomon 1985), Schwangerschaft bei Jugendlichen (Barrera jr. 1981), Pflege von Altersheimpatienten (Fiore u.M. 1983), Mißhandlung (Mitchell & Hodson 1983).

In allen diesen Studien findet sich eine negative Korrelation zwischen Social Support-Indices und Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik.

Die Studien unterscheiden sich jedoch in mehreren Aspekten: verwendete Social Support-Instrumente, verwendete Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomatik, Stichprobencharakteristika, zusätzlich untersuchte

Variable (Life events, Coping-Mechanismen).

Eine Diskussion dieser Aspekte erfolgt für alle Social Support / Depressionsstudien (Quer- und Längsschnittuntersuchungen, epidemiologische und klinische Studien) gemeinsam unter Punkt 3.3 bzw. im Kapitel 4 (Social Support-Instrumente, Instrumente zur Erfassung der depressiven Symptomati

### 3.2.1.2 Längsschnittstudien (siehe Tab. 3.2)

Bei den Längsschnittstudien ist das Bild nicht so einheitlich wie bei den Querschnittstudien.

Es gibt, im Unterschied zu den Querschnittanalysen, mehrere Möglichkeiten des Zusammenhangs zwischen Social Support und depressiver Verstimmung.

1. Entweder geht eine der beiden Variablen der anderen voraus und erhält - ungeachtet einer kausalen Beziehung - damit prädiktiven Wert; oder
2. Die beiden Variablen verändern sich gleichzeitig, eine gegenseitige Beeinflussung ist damit nicht mehr erkennbar. Die Wahrscheinlichkeit einer gemeinsamen Abhängigkeit von einer dritten Variablen wird höher.

Es stellen sich somit zwei Fragen:

- Korreliert Social Support zum Zeitpunkt I mit dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt II :  $SS_1$  korr. mit  $D_2$  ?  
und / oder
- Korrelieren die Differenzen der beiden Parameter zwischen den beiden Zeitpunkten I und II :  $\Delta SS$  korr. mit  $\Delta D$  ?

Monroe u.M. (1983) untersuchten Studenten in einer über 40 Tage prospektiv angelegten Studie. Auch nach Kontrolle von  $D_1$  korrelierte hier der Social Support-Wert I mit dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt II.

Cohen u.M. (1984) untersuchten ebenfalls Studenten und fanden Social Support sowohl im Querschnitt als auch prospektiv über zwei Monate mit Depressivitätswerten korreliert.

In beiden Studien korreliert Social Support zu Beginn der Untersuchung mit dem Depressivitätswert am Ende der Untersuchung. Die Differenzen wurden nicht zueinander in Beziehung gesetzt. Der Untersuchungszeitraum ist allerdings relativ kurz, im längeren Fall zwei Monate. Somit stellt sich die Frage, ob diese Untersuchungen nicht eher den Querschnittstudien zuzurechnen wären.

Schaefer u.M. (1981) untersuchten 100 Personen einer Bevölkerungsstichprobe, die jedoch nicht zufällig und nicht repräsentativ war (Ausschlußkriterien z.B. jährliches Einkommen unter 7000\$, schwere Behinderung). Es fand sich eine Korrelation zwischen Social Support-Indices und depressiven Symptomen und zwar sowohl im Querschnitt, als auch prospektiv über sieben Monate, d.h.,  $SS_1$  korr. neg. mit  $D_1$  und  $SS_1$  korr. neg. mit  $D_2$ .

Die Depressivitätswerte blieben über den Untersuchungszeitraum relativ konstant, sodaß der Vorhersagewert begrenzt war.

Zwischen  $D_1$  und  $SS_2$  fand sich jedoch keine Korrelation; damit wurde die der Untersuchung zugrunde liegende Annahme (Social Support ist die unabhängige, Depressivität die abhängige Variable) zumindest nicht widerlegt.

Billing & Moos (1982a) untersuchten zwei Gruppen, eine Bevölkerungsstichprobe und eine Gruppe ehemaliger Alkoholiker. In keiner der gebildeten Untergruppen ergab sich für Depressivität oder Social Support ein Vorhersagewert durch die andere Variable. Bei den Männern der Bevölkerungsstichprobe korrelierten auch die Veränderungen der Social Support- und Depressivitätswerte über ein Jahr nicht untereinander, während sich bei den Frauen der Bevölkerungsstichprobe und bei den ehemaligen Alkoholikern deutliche Korrelationen zwischen den beiden Veränderungen fanden.

Henderson & Moran (1983) bildeten drei Gruppen aus der Gesamtheit ihrer Bevölkerungsstichprobe:

1. Diejenigen, die zu Beginn der Untersuchung depressive

- Symptome aufwiesen und nachfolgend symptomfrei wurden;
2. Diejenigen, die erst während des Untersuchungszeitraumes von einem Jahr Symptome entwickelten;
  3. Diejenigen, die über den gesamten Untersuchungszeitraum symptomfrei blieben.

Diese drei Gruppen unterschieden sich nicht in der Entwicklung der Social Support-Werte im Verlauf des Untersuchungszeitraumes ( $\Delta$  SS korr. nicht mit  $\Delta$  D). Allerdings erreichten die völlig symptomfreien Probanden generell höhere Social Support-Werte als die beiden anderen Gruppen.

Lin & Ensel (1984) unternahmen eine ähnliche Studie. Sie unterschieden noch eine weitere Gruppe: diejenigen, die über den ganzen Untersuchungszeitraum von einem Jahr Symptome aufwiesen. Es ergaben sich deutliche Korrelationen zwischen den Veränderungen der Depressivitätswerte und den Veränderungen der Social Support-Werte.  $\Delta$  SS korr. neg. mit  $\Delta$  D.

Die Ergebnisse sind soweit völlig inkonsistent. Während Schaefer u.M. (1981) einen Vorhersagewert von Social Support für Depressivität fanden, widerlegt die Studie von Billings & Moos (1982a) diese Annahme.

Eine gleichzeitige Veränderung beider Variablen fanden Lin & Ensel (1984) für die gesamte Untersuchungsgruppe, Billings & Moos (1982a) für bestimmte Untergruppen und Henderson Moran (1983) für keine Gruppe.

Blazer (1983) ging von einer anderen Annahme aus als die meisten Social Support-Untersucher. Er prüfte den Einfluß depressiver Erkrankungen auf das Social Support-System. Blazer fand, daß 30 Monate nach der ersten Erhebung diejenigen Probanden, die eine Verbesserung ihres Social Support-Wertes aufwiesen, deutlich häufiger zum Zeitpunkt I depressiv gewesen waren, als diejenigen, deren Social Support-Werte sich nicht verbesserten.

### 3.2.2 Klinische Studien (siehe Tab. 3.3)

#### 3.2.2.1 Querschnittstudien

Im Vergleich zu der großen Zahl epidemiologischer Studien zum Thema Social Support und depressiver Erkrankungen existieren nur wenige klinische Studien.

Brown u.M (1975), Winefield (1979), Roy (1981), Brugha u.M. (1982), und Billings u.M. (1983) verglichen Gruppen depressiver Patienten mit "gematchten" Kontrollen. Die Patientengruppen unterschieden sich signifikant von den Kontrollgruppen; die Patientengruppen erreichten durchgehend geringere Social Support-Werte.

Roy (1978), Flaherty u.M. (1983) und Waring & Patton (1984) untersuchten unipolar depressive Patienten (nach RDC) auf den Zusammenhang zwischen Social Support und Ausprägung der depressiven Symptomatik (Hamilton Rating Scale, Beck Depression Inventory), In den drei Studien fand sich wiederum eine negative Korrelation zwischen den beiden Variablen.

#### 3.2.2.2 Längsschnittstudien

Hinsichtlich Verlaufsstudien mit depressiven Patienten finden sich inkonsistente Ergebnisse.

Surtees (1980) untersuchte 80 unipolar depressive Patienten, zweimal im Abstand von sieben Monaten. Social Support zum Zeitpunkt I korrelierte signifikant negativ mit dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt I und zum Zeitpunkt II (allerdings war die Korrelation zwischen Social Support zum Zeitpunkt II und dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt II deutlich größer als zwischen Social Support I und Depressivitätswert II).

Waring & Patton (1984) untersuchten 75 Patienten mit einer "unipolar major depression" (nach RDC) und fanden eine negative Korrelation zwischen Verlauf und Social Support, d.h., je höher die Social Support-Werte, desto günstiger der Verlauf. Der Untersuchungszeitraum war mit einem Monat jedoch relativ kurz.

Billings & Moos (1985a,b) konnten keine Beziehung zwischen Social Support zum Zeitpunkt I und depressiven Symptomen zum Zeitpunkt II feststellen, wenn nach dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt I kontrolliert wurde. Es fand sich jedoch eine negative Korrelation zwischen den Veränderungen von Social Support und depressiver Verstimmung während des Untersuchungszeitraumes von einem Jahr ( $\Delta$  SS korreliert negativ mit  $\Delta$  D).

Murphy (1985) fand keinen Anhalt für eine Schutzfunktion von Social Support vor ungünstigem Verlauf bei Patienten mit einer "major depressive disorder" (nach DSM III). Auch hier erstreckte sich der Untersuchungszeitraum auf ein Jahr.

### 3.3 Vergleichende Diskussion der empirischen Studien

#### 3.3.1 Genereller Zusammenhang zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen

Nimmt man die Ergebnisse epidemiologischer und klinischer Studien zusammen, bestätigt sich der von Broadhead u.M. (1983) und Leavy (1983) gefundene Zusammenhang zwischen einem Mangel an Social Support und psychischer Erkrankung auch für depressive Erkrankungen.

Es findet sich jedoch kein eindeutiger Vorhersagewert für einen Mangel an Social Support. Diejenigen Studien, die einen prädiktiven Wert für Social Support hinsichtlich der Entwicklung depressiver Verstimmungen finden, sind teils zeitlich zu kurz angelegt (Cohen u.M. 1984, Monroe u.M. 1983, Waring & Patton 1984) oder die Depressivitätswerte unterscheiden sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten zu wenig, um aussagekräftig zu sein (Schaefer u.M. 1981).

In der einzigen etwas längerfristig angelegten Studie (sechs Monate zwischen den beiden Social Support-Interviews, Surtees 1980), die für Social Support einen prädiktiven Wert findet, ist die Korrelation zwischen Social Support zum Zeitpunkt I und der Depressivität zum Zeitpunkt II relativ gering (Spearman correlation 0.23,  $p < 0.05$ ). Außerdem wurden die beiden Depressivitätswerte (zum Zeitpunkt I und II) nicht mit demselben Instrument erhoben, sodaß eine statistische Kontrolle der Beziehung "Social Support zum Zeitpunkt I korreliert mit dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt II" nach dem Depressivitätswert zum Zeitpunkt I nicht möglich ist.

Wenn Social Support mit Depressivität negativ korreliert, jedoch kein Vorhersagewert für eine der beiden Variablen zu finden ist, müßten die Veränderungen beider Werte zwischen zwei Erhebungszeitpunkten miteinander korrelieren.

Dies wird von mehreren Studien bestätigt (Lin & Ensel 1984, Billings & Moos 1982a, Billings & Moos 1985a,b).

In der Studie von Henderson & Moran (1983) findet sich dieser Zusammenhang nicht. Die Beurteilung dieses Ergebnisses ist jedoch problematisch, da sich ein generelles Ansteigen der Social Support-Werte in dieser Studie findet, für das die Autoren keine Erklärung angeben können.

Über den generellen Zusammenhang zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen hinaus, stellen sich eine Reihe von Fragen nach eventuellen Interaktionen mit anderen Parametern (Stress, soziodemographischen Faktoren) und möglichen Determinanten von Social Support (z.B. Coping-Mechanismen).

### 3.3.2 Interaktionen von Social Support mit anderen Parametern

#### 3.3.2.1 Stress\*

Leavy (1983) kam in seiner Übersichtsarbeit zu dem Schluß, daß die Ergebnisse der Social Support-Forschung zu inkonsistent seien, um sich für oder gegen die Puffertheorie auszusprechen. Auch die hier referierten Arbeiten bestätigen die Puffertheorie nur unzureichend: Einerseits ist nur eine Arbeit darunter, die einen reinen Puffereffekt von Social Support verzeichnet (Brown u.M. 1975). Die fünf anderen Untersuchungen, die einen Interaktionseffekt zwischen Stress und Social Support finden, zeigen immer auch einen direkten Effekt von Social Support auf die Depressivität (Cohen u.M. 1984, Cohen & Hoberman 1983, Hautzinger 1985, Monroe u.M. 1983, Syrotuik & D'Arcy 1984).

Andererseits finden zwölf der achtzehn Studien zu diesem Problem keinen Interaktionseffekt, d.h., Social Support korreliert negativ mit Depressivität unabhängig vom Stresslevel. Cutrona (1984) findet sogar eine deutlichere Korrelation zwischen Social Support und Depression bei niedrigem als bei hohem Stress (Cutrona 1984, Costello 1982, Billings u.M. 1983, Mitchell & Hodson 1983, Solomon 1985, Sandler & Barrera 1984, Flaherty u.M. 1983, Lin & Ensel 1984, Surtees 1980, Schaefer u.M. 1981, Aneshensel u.M. 1982, Hautzinger 1985).

Broadhead u.M. (1983) hatten darauf hingewiesen, daß es nicht möglich sei, Aussagen über die Wirkungsweise von Social Support zu machen, solange die Instrumente zur Erfassung von Stress und Social Support nicht völlig unabhängig voneinander sind.

Von den neueren Arbeiten geht nur Solomon (1985) bei der Konzeption der Studie ausdrücklich auf dieses Problem ein. Er untersucht eine Bevölkerungsgruppe, ohne speziell auf den

\*Unter dem Begriff "Stress" werden im folgenden - in den Studien erfaßte Life events und/oder längerdauernde psychosoziale Belastungen zusammengefaßt.

individuellen Stresslevel einzugehen, nach den Auswirkungen einer bestimmten Stresssituation (Atomunfall auf Three-miles-Island), indem er sie mit einer möglichst ähnlichen Gruppe vergleicht, die diesem Ereignis nicht ausgesetzt war. Solomon (1985) konnte keinen Interaktionseffekt zwischen Stress, Social Support und Depressivität finden.

### 3.3.2.2 Soziodemographische Faktoren

Die Variablen Alter, Schicht, Geschlecht, Herkunftsland nehmen Einfluß auf die Prävalenzquoten depressiver Erkrankungen (Boyd & Weissman 1982). Es soll deshalb untersucht werden, inwieweit sich die Stichproben hinsichtlich dieser Variablen unterscheiden, und ob dies für die gefundenen Ergebnisse von Bedeutung ist.

#### Herkunftsland

Alle Untersuchungen stammen aus westlichen Industrienationen, bzw. aus Ländern mit ähnlicher Gesellschaftsstruktur (USA, Großbritannien, Kanada, Irland, Bundesrepublik Deutschland, Australien, Schweden). Diese relative Homogenität ist insofern von Bedeutung, als die epidemiologische Depressionsforschung für gesellschaftlich verschieden strukturierte Länder unterschiedliche Prävalenzquoten gefunden hat (Boyd & Weissman 1982).

#### Schicht

Die meisten Autoren geben die Schichtzugehörigkeit der Probanden nur ungenau an; meist beschränken sie sich auf den Hinweis, daß die Stichprobenpopulation verglichen mit Zensuszahlen annähernd repräsentativ ist. Dort, wo die Korrelation zwischen Social Support und Depressivität nach soziodemographischen Variablen kontrolliert wird (z.B. Waring & Patton 1984), findet sich kein Einfluß der Schichtzugehörigkeit auf die Ergebnisse.

### Alter

Die Stichproben differieren stark hinsichtlich der Altersverteilung. Es wurden jedoch alle Altersstufen gemeinsam (Costello 1982, 18 - 65 J.) und getrennt (Cohen & Hoberman 1983, 17 - 25 J.; Hautzinger 1982, Durchschnittsalter 74 J.; D'Arcy 1984, Durchschnittsalter 40 J.) untersucht. Grundsätzlich finden sich keine altersspezifischen Unterschiede, was die negative Korrelation zwischen Social Support und Depressivität betrifft.

Es ist jedoch möglich, daß die Bedeutung einzelner Social Support-Elemente je nach Altersstufe differiert: Während Schaefer u.M. (1981) nur "tangible support" mit depressive Symptomen korreliert fanden (im Gegensatz zu "appraisal" "emotional support"), korrelierte in der Studie von Cohen & Hoberman (1983) "tangible support" deutlich geringer mit depressiven Symptomen als "appraisal", "belonging" und "self-esteem". Cohen und Hoberman (1983) weisen darauf hin, daß ihre Probanden sich im Alter deutlich von den bei Schaefer u.M. (1981) untersuchten unterscheiden (17-25 J. Cohen & Hoberman; 45-64 J. Schaefer u.M. 1981) und daß "tangible support" eventuell für ältere Personen von größerer Bedeutung ist als für jüngere.

Die Studien von Solomon (1985), Cohen u.M. (1984) und Fiore u.M. (1983) bestätigen diese Hypothese. Solomon (1985), Durchschnittsalter 27 J.: "instrumental support" korreliert im Gegensatz zu "expressive support" nicht mit Depressivität; Cohen u.M. (1984), Studenten: "tangible support" korreliert nicht mit Depressivität; Fiore u.M. (1983), 44-85 "tangible support" korreliert deutlich mit Depressivität. In der Studie von O'Hara u.M. (1983) findet sich allerdings trotz des relativ niedrigen Durchschnittsalters von 27 Jahren sowohl für "emotional" als auch für "instrumental support" eine deutliche Korrelation mit depressiven Symptomen.

## Geschlecht

Nachdem aus bislang ungeklärten Gründen die Prävalenz depressiver Erkrankungen bei Frauen deutlich höher liegt als bei Männern, und Hinweise für geschlechtsspezifische Differenzen in der Reaktion auf Social Support vorhanden sind (Leavy 1983, Broadhead u.M. 1983), wäre eine nähere Untersuchung der möglichen Zusammenhänge interessant. Leider stellen nur wenige Autoren ihre Ergebnisse nach Geschlecht getrennt dar. Soweit dies jedoch der Fall ist, sind die Ergebnisse widersprüchlich.

Während sich bei McIvor u.M. (1984), Billings u.M. (1983), Billings & Moos (1985 a,b) und Lin & Ensel (1984) die Ergebnisse für Männer und Frauen nicht unterscheiden, fanden Sarason u.M. (1983), Billings & Moos (1982a) und Waring & Patton (1984) bei Frauen höhere Korrelationen zwischen Social Support und Depressivität als bei Männern.

Bei Hautzinger (1985) und Hautzinger u.M. (1982) findet sich zwar kein "Geschlechtseffekt" in den Studien, alleinlebende Frauen sind jedoch weniger häufig depressiv als mit dem Lebenspartner zusammenlebende Frauen (Hautzinger, 1985).

Alle anderen Social Support-Items (Zahl der sozialen Kontakte, Unterstützung durch Kontakt mit den Kindern, Freunden usw.) korrelieren bei beiden Geschlechtern gleich hoch mit Depressivität (Hautzinger u.M. 1982, Hautzinger 1985).

Bei Cohen u.M. (1984) erzielten die weiblichen Probanden zwar in jedem der drei verwendeten Social Support-Instrumente höhere Werte als die männlichen Untersuchungsteilnehmer. Die Korrelationen zwischen Social Support und Depressivität waren jedoch bei Männern und Frauen gleich.

Als Ursache für die divergierenden Ergebnisse kommen unterschiedliche Stichproben, unterschiedliche Depressivitätsdiagnostik oder unterschiedliche Social Support-Erfassung in Betracht. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß Billings & Moos (1982a) für Männer und Frauen unterschiedliche Ergebnisse finden, während Billings u.M. (1983) keinen sig-

nifikanten Unterschied feststellen können: Beide Untersuchungen verwenden die gleichen Social Support-Instrumente, unterscheiden sich jedoch deutlich in der Zusammensetzung der Stichprobe und der Depressivitätsdiagnostik: Billings & Moos (1982a) untersuchten relativ unspezifische depressive Symptome an einer Bevölkerungsstichprobe; Billings u.M. (1983) untersuchten depressive Patienten mit einer minor/major depression nach RDC (Spitzer u.M. 1978).

Es ist jedoch nicht generell so, daß beispielsweise in Bevölkerungsstichproben ein "Geschlechtseffekt" nachweisbar ist, während sich in Patientenpopulationen die Ergebnisse für Männer und Frauen gleichen. Entsprechendes gilt für die Depressivitätsdiagnostik. Die Divergenz der Ergebnisse läßt sich nicht damit erklären. Festzuhalten bleibt, daß die überwiegende Anzahl der Studien gegen eine geschlechtsspezifische Differenz in der Beziehung zwischen Social Support und Depressivität spricht (sieben von zehn Studien).

### 3.3.3 Mögliche Determinanten von Social Support

Wenige Studien befassen sich mit dem möglichen Einfluß von weiteren Variablen in der Beziehung zwischen Social Support und Depressivität (theoretische Diskussion siehe Moos & Mitchell 1982). Einige Autoren untersuchten jedoch in diesem Zusammenhang: Physische Gesundheit, Einkommen/Ausbildung, Persönlichkeitsstrukturen, Coping-Mechanismen:

#### Physische Gesundheit

Hautzinger u.M. (1982) und Blazer (1983) fanden eine positive Korrelation zwischen Social Support und physischem Gesundheitszustand. Beide Studien untersuchten ältere Menschen (über 65 J. bzw. Durchschnittsalter 74 J.), bei denen diese Relation vielleicht deutlicher als bei jüngeren ausgeprägt ist.

### "Personal resources"

Blazer (1983) berichtet von einer positiven Korrelation zwischen der Höhe des Einkommens und Social Support; Mitchell & Hodson (1983) bildeten aus der Höhe des Einkommens, der Schul-/Berufsausbildung und der momentanen Berufstätigkeit einen Index, der signifikant positiv mit Social Support korreliert.

### Persönlichkeitszüge

Winefield (1979) untersuchte bei seinem Vergleich depressiver Patienten mit Kontrollen auch die Beziehung zwischen Social Support und "External Locus of control". Bei der Patientengruppe fand sich zwischen diesen beiden Variablen eine negative Korrelation, die jedoch das Signifikanzniveau von  $p < 0.05$  nicht erreichte.

Sarason u.M. (1983) untersuchten bei ihren Probanden die Persönlichkeitszüge Neurotizismus und Extraversion, Selbstbewußtsein und "Locus of control".

Extraversion korreliert ebenso wie "self-esteem" positiv mit der Zahl der supportiven Beziehungen, nicht aber mit dem Zufriedenheitswert. Neurotizismus korreliert dagegen mit keinem der beiden Social Support-Werte. "Internal locus of control" war häufiger bei Personen mit zahlreichen supportiven Beziehungen.

### Coping

Cobb hatte bereits 1976 auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Social Support und Coping hingewiesen.

Billings & Moos (1981) und Moos & Mitchell (1982) fanden Vermeidungsverhalten häufiger bei Personen mit wenig Social Support.

In ihrer Studie von 1983 fanden Billings u.M. wiederum deutliche Differenzen zwischen Patienten und Kontrollen. Hinsichtlich des Problem-orientierten Coping benützten die Patienten häufiger "Informationssuchverhalten" als "Problemlösungsverhalten" im Gegensatz zu den Kontrollpersonen. Auch im Bereich des "Emotion-focused-coping" unterschieden sich Patienten

und Kontrollgruppe. Die Patienten stützen sich deutlich häufiger auf "emotional discharge".

Mitchell & Hodson (1983) fanden ähnliche Ergebnisse. Vermeidungsverhalten korrelierte negativ mit der Zahl der supportiven Beziehungen und der Kontakthäufigkeit, während geistlich oder verhaltensmäßig aktives Coping mit der unterstützenden Qualität der Beziehung korrelierte.

Auch in einer Längsschnittuntersuchung (Billings & Moos 1985a,b) fand sich eine Korrelation zwischen der Besserung der depressiven Symptomatik und der Verbesserung der Social Support-Werte und Coping-Mechanismen.

Insgesamt läßt sich sagen, je "aktiver" das Copingverhalten desto höher die Unterstützung durch andere.

In welcher Richtung hier eine Kausalbeziehung besteht, ob im Sinne von Cobb (1976) Social Support die Coping-Mechanismen verbessert, oder ob umgekehrt, aktive Coping-Techniken Social Support fördern, läßt sich anhand dieser Studien nicht beurteilen.

Möglich wäre außerdem, daß eine übergeordnete Persönlichkeitsvariable, wie etwa Extraversion, sowohl die Höhe des verfügbaren Social Support, als auch die Wahl der bevorzugten Coping-Mechanismen beeinflußt.

Weiterhin muß im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, daß die depressive Verstimmung passives Coping-Verhalten begünstigt. Damit wäre die depressive Erkrankung die unabhängige und sowohl Social Support als auch die Coping-Mechanismen die abhängigen Variablen. Coping-Verhalten und Social Support korrelieren dann evtl. untereinander ohne jedoch gegenseitig eine kausale Wirkung zu zeigen.

Ergebnisse

psy.Diagnose Soc.Sup.Instrum. weit.V.

N Stichprobe

Autoren

|                                  |     |                                                                   |                                                                                        |                                                                                   |                                        |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Habif & Lahey<br>(1980)<br>USA   | 252 | Studenten<br>112 m, 140 w,                                        | depr.Symptome<br>BDI                                                                   | 4 Items zum<br>"Vertrauten"                                                       | Stress                                 | Social Support korreliert signifi-<br>kant, negativ, mit den Depressivi-<br>tätswerten.<br>Stress und Depressivität korre-<br>lieren deutlich höher bei geringem<br>Social Support.                            |
| Paykel u.M.<br>(1980)<br>GB      | 120 | Frauen,<br>6 Wochen nach<br>der Entbindung                        | depr.Symptome<br>Raskin Three<br>Area Depr.<br>Scale                                   | 4 Items zur Un-<br>terstützung<br>durch d.Lebens-<br>partner und<br>"Vertrauten". | soziodem.V.<br>Stress                  | Social Support durch eine Ver-<br>trauensbeziehung korreliert neg.<br>mit Depressivität.<br>Social Support durch den Lebens-<br>partner korreliert nur bei Be-<br>lastung durch Stress mit Depressi-<br>vität. |
| Barrera jr.<br>(1980)<br>USA     | 86  | schwängere<br>Jugendliche<br>Ø 17. J.                             | depr.Symptome<br>BSI                                                                   | ISSB<br>ASSIS                                                                     | Stress                                 | Die Zufriedenheit mit dem Social<br>Support korreliert negativ mit den<br>BSI-Werten.                                                                                                                          |
| Costello<br>(1982)<br>GB         | 449 | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>449 w, 18-65 J.                    | depr.Symptome<br>PSE                                                                   | 2 Items zum<br>"Vertrauten"                                                       | soziodem.V.<br>Stress                  | Vertrauensbeziehung zum Lebenspart-<br>ner und Vertrauensbeziehung zu<br>anderen Personen korrelieren neg.<br>mit Depressivität, jedoch nicht<br>untereinander.                                                |
| Hautzinger u.M.<br>(1982)<br>BRD | 102 | Bewohner von<br>Seniorenwohn-<br>heimen<br>92 w, 10 m,<br>Ø 74 J. | depr.Symptome<br>Zung<br>Hamburger De-<br>pressions-<br>Skala<br>Raskin & Rae<br>Skala | Interview zur<br>Beziehungsnetz-<br>struktur                                      | soziodem.V.<br>physische<br>Gesundheit | Kontrolliert nach soziodemographi-<br>schen Variablen korrelieren di-<br>rekte und indirekte Sozialkontakte<br>mit depressiven Symptomen ( und<br>dem Gesundheitszustand)                                      |

Tabelle 3.1 Epidemiologische Querschnittstudien II

| Autoren                         | N    | Stichprobe                                                                      | psy. Diagnose                | Soc. Sup. Instrum.                                                              | weitere V.                       | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aneshensel u.M. (1982)<br>USA   | 1000 | Bevölkerungsstichprobe                                                          | depr. Symptome<br>CES-D      | Zahl der engen Beziehungen<br>7-Item-Index<br>"perceived support"               | Stress                           | Stress und Social Support korr. mit Depressivität.<br>Kein Interaktionseffekt zwischen Stress, Social Support und depressiven Symptomen.                                                                                                                                                              |
| Cohen & Hoberman (1983)<br>USA  | 63   | Studenten<br>43 w, 27 m,<br>17 - 25 J.                                          | depr. Symptome<br>CES-D      | ISEL<br>ISSB                                                                    | Stress                           | ISEL-Werte korrelieren negativ mit den depressiven Symptomen; ISSB-Werte korrelieren nicht signifikant ( aber in positiver Richtung) mit depr. Symptomen.                                                                                                                                             |
| Fiore u.M. (1983)<br>USA        | 44   | Ehegatten von Alzheimerpatienten<br>44 - 85 J.                                  | depr. Symptome<br>BDI        | Social Network List<br>Social Support Interview                                 |                                  | Die Zahl der subjektiv unterstützten Beziehungen korreliert nicht mit den BDI-Werten, die Zahl der konfliktträchtigen Beziehungen korreliert positiv mit depr. Symptomen. Die Häufigkeit sozialer Kontakte korreliert negativ mit Depressivität, die Häufigkeit von Social Support-"Forderungen" pos. |
| Mitchell & Hodson (1983)<br>USA | 60   | Frauen, die wg. Mißhandlung durch ihren Ehemann eine Beratungsstelle aufsuchten | depr. Symptome<br>BSI        | Einige Fragen zur situations-spezifischen Unterstützung durch Freunde/Verwandte | soziodem. V.<br>Stress<br>Coping | Social Support korreliert negativ mit Depressivität, aber auch mit Coping, Stress und soziodemographischen Faktoren.                                                                                                                                                                                  |
| O'Hara u.M. (1983)<br>USA       | 30   | Frauen im 2. Trimester der Schwangerschaft<br>Ø 27 J.                           | Minor/major depression (RDC) | Social Network Interview (nach Mueller)                                         | Stress                           | Trotz höherer Kontaktfrequenz berichten die depressiven Frauen von weniger Social Support, instrumentalem und emotionalem.                                                                                                                                                                            |

| Autoren                                   | N   | Stichprobe                                            | psy. Diagnose Soc. Sup. Instrum. weit. V.                          |                                                         | Ergebnisse              |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |     |                                                       | depr. Symptome                                                     | SSQ                                                     | Persönlichkeitsvariable | Social Support                                                                                                                                                                                                                            |
| Sarason u.M.<br>(1983)<br>USA             | 227 | Studenten<br>127 w, 100 m,                            | depr. Symptome<br>MAACL                                            |                                                         |                         | Social Support korreliert mit den MAACL-Werten.<br>Die Zahl der supportiven Beziehungen korreliert positiv mit der Persönlichkeitsvariablen Extraversion.                                                                                 |
| Warren & McEachren<br>(1983)<br>USA       | 449 | persönlich ausgewählte Untersuchungspersonen, Frauen, | depr. Symptome<br>CES-D                                            | drei Fragen zur Unterstützung durch Freunde             | soziodem. V.            | Social Support korreliert negativ mit den CES-D-Werten.<br>Interaktionseffekt zwischen Social Support und Einkommen.                                                                                                                      |
| Cutrona<br>(1984)<br>USA                  | 71  | Primipara<br>Ø 26 J.                                  | Minor (97%)<br>Major (3%)<br>depression<br>(DSM III)<br>BDI<br>GHQ | Social provisions scale                                 | Stress                  | Social Support korreliert negativ mit Depressionswerten 8 Wochen nach der Entbindung, nicht jedoch 2 Wochen nach der Entbindung.<br>Unter hohem Stress niedrigere Korrelation zw. Soc. Support und Depressivität als bei geringem Stress. |
| D'Arcy & Siddique<br>(1984)<br>Kanada     | 417 | Verheiratete Frauen mit mindestens einem Kind         | depr. Symptome<br>GHQ                                              | Spouse-Support<br>Community-Support                     | soziodem. V.<br>Stress  | Im Gegensatz zum Community Support korreliert der Spouse-Support mit den GHQ-Werten (neg.)                                                                                                                                                |
| Hällström & Persson<br>(1984)<br>Schweden | 800 | Bevölkerungstichprobe<br>800 w,<br>38 - 54 J.         | major depressive disorder<br>(DSM-III)                             | 2 Items zum Beziehungsnetz<br>2 Items zum Lebenspartner | soziodem. V.<br>Stress  | Die Unterstützung durch den Lebenspartner korreliert negativ mit Depressivität, für die anderen Social Support-Items fand sich kein Zusammenhang mit Depressivität.                                                                       |

Tabelle 3.1 Epidemiologische Querschnittstudien IV

| Autoren                     | N   | Stichprobe                                               | psy. Diagnose                             | Soc. Sup. Instrum.                   |                                                            | Ergebnisse                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |     |                                                          |                                           | weit. V.                             |                                                            |                                                                                                                                                                                   |
| Prudo u.M.<br>(1984)        | 355 | die Frauen der Insel Lewis                               | depr. Symptome<br>PSE                     | 4 Items zur Beziehungsnetzstruktur   | soziale Integration<br>Stress                              | Geringe Integration korreliert mit Stress und geringem Social Support. Stress, geringer Social Support korrelieren mit Depression                                                 |
| Sandler & Barrera<br>(1984) | 71  | Studenten<br>41 w, 30 m,                                 | depr. Symptome<br>BSI                     | ISSB<br>ASSIS                        | Stress                                                     | Zufriedenheit mit Social Support u. die Zahl der konflikträchtigen Beziehungen korrelieren mit Depression. Die ISSB-Werte korrelieren nicht mit den depressiven Symptomen.        |
| Syrotuik & D'Arcy<br>(1984) | 455 | Verheiratete Männer, berufstätig;                        | depr. Symptome<br>GHQ depression subscale | Spousal Support<br>Community Support | soziodem. V.<br>Stress                                     | Spousal Support und Community Support korrelieren mit Depression; Spousal Support deutlich höher. Fehlender Spousal Support kann nicht durch Community Support ersetzt werden.    |
| Hertsgard & Light<br>(1984) | 760 | Farmerfrauen<br>Ø 44 J.                                  | depr. Symptome<br>MAACL                   | Fragen zur Beziehungsnetzstruktur    | soziodem. V.                                               | Negative Korrelation zwischen Kontakthäufigkeit und Depressivitätswerten.                                                                                                         |
| McIvor u.M.<br>(1984)       | 120 | Patienten mit Multiple Sklerose<br>88 w, 22m,<br>Ø 45 J. | depr. Symptome<br>BDI                     | Perceived Social Support Inventory   | soziodem. V.<br>Krankheitsverlauf,<br>Grad der Behinderung | Negative Korrelation zwischen Social Support und BDI-Werten, kontrolliert nach intervenierenden Variablen.<br>Keine Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Männern und Frauen. |

| Autoren                     | N    | Stichprobe                                                                                                     | psy.Diagnose                                                           | Soc.Sup.Instrum.                                              | weit. V.              | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dressler<br>(1985)<br>USA   | 285  | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>101 m, 184 w,                                                                   | depr.Symptome:<br>Hopkins Symp-<br>tom Checklist                       | quantitative Be-<br>ziehungsnetz-<br>daten                    | soziodem.V.<br>Stress | Unterstützung durch Verwandte im<br>Gegensatz zu Unterstützung durch<br>andere Personen korreliert mit<br>depressiven Symptomen, kontrol-<br>liert nach Belastung durch<br>ökonomischen Stress.<br>Ausnahme:Frauen unter 34 J.: hier<br>fand sich keine Korrelation wie<br>oben angegeben. |
| Solomon<br>(1985)<br>USA    | 436  | Mütter mit min-<br>destens einem<br>Kleinkind in<br>der Umgebung<br>eines Atomreak-<br>tors lebend,<br>ø 27 J. | Depression<br>(RDC)<br>depr.Symptome<br>SAD-S<br>Symptom Check<br>List | 2 Items aus:<br>Social Network<br>Interview<br>(nach Mueller) | Stress                | Expressive Social Support korr.<br>mit major depression ( RDC) un-<br>abhängig von Stress. Instrumental<br>Social Support korr. nicht mit<br>Depression.<br>Kein Interaktionseffekt zwischen<br>Stress und Social Support.                                                                 |
| Hautzinger<br>(1985)<br>USA | 2729 | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>1883 w, 846 m,<br>ø 67 J., mind.<br>50 J.                                       | depr.Symptome<br>Raskin & Rae<br>Fragebogen                            | 3 Items zur<br>Beziehungsnetz-<br>struktur                    | soziodem.V.<br>Stress | Social Support korreliert negativ<br>mit Depression. Ausnahme: allein-<br>lebende Frauen sind weniger de-<br>pressiv als mit dem Partner le-<br>bende.<br>Kein Interaktionseffekt zwischen<br>Stress und Social Support                                                                    |
|                             |      |                                                                                                                |                                                                        |                                                               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Tabelle : 3.2 Epidemiologische Längsschnittstudien I

| Autoren                          | N              | Stichprobe                                                                                       | psy. Diagnose                                         | Soz. Sup. Instrum.                                         |                            | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  |                |                                                                                                  |                                                       | Soc.                                                       | Sup. weite. V.             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Schaefer u. M.<br>(1981)<br>USA  | 100            | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>48 m, 52 w,<br>45 - 64 J.<br>Mittelstand                          | depr. Symptome<br><br>Hopkins<br>Symptom<br>Checklist | Social network<br>Index<br>Social Support<br>Questionnaire | soziodem. V.<br>Stress     | Qualitative Social Support-Werte<br>korrelieren negativ mit den de-<br>pressiven Symptomen zum Zeitpunkt<br>I und II.<br>Social Support zum Zeitpunkt II<br>kann nicht durch die depr. Symptome<br>zum Zeitpunkt I vorhergesagt wer-<br>den. Kein Interaktionseffekt zw.<br>Stress und Social Support.                                                                                                                                                                    |
| Billings & Moos<br>(1982)<br>USA | 493<br><br>113 | Bevölkerungs-<br>stichprobe*<br>248 w, 245 m,<br>Ø 47 J.<br>-- -- --<br>ehemalige<br>Alkoholiker | depr. Symptome<br><br>HDL                             | FRI<br>WRI                                                 | soziodem. V.               | WRI korreliert nur bei Männern* mit<br>depr. Symptomen, FRI korreliert in<br>allen Gruppen mit depr. Symptomen.<br>Social Support zum Zeitpunkt I hat<br>keinen Vorhersagewert für depr.<br>Symptome zum Zeitpunkt II. Depr.<br>Symptome zum Zeitpunkt I haben<br>keinen Vorhersagewert für Social<br>Support zum Zeitpunkt II.<br>Bei den Frauen* und der Gruppe<br>ehemaliger Alkoholiker korrelieren<br>die Veränderungen von depr. Symp-<br>tomen und Social Support. |
| Blazer<br>(1983)<br>USA          | 331            | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>224 w, 107 m,<br>mind. 65 J.                                      | major depr.<br>disorder<br>(DSM III)<br><br>OARS      | OARS                                                       | soziodem. V.<br>Gesundheit | Diejenigen Untersuchungspersonen,<br>die 30 Monate nach der 1. Erhebung<br>höhere Social Support Werte er-<br>reichten als zuvor, waren sign.<br>häufiger zum Zeitpunkt I depressiv<br>gewesen als die "Gleichgebliebe-<br>nen".                                                                                                                                                                                                                                          |

| Autoren                                | N   | Stichprobe                             | psy. Diagnose                 | Soc. Sup. Instrum.                                                                        | weit. V.               | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|-----|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Henderson & Moran (1983)<br>Australien | 230 | Bevölkerungs-<br>stichprobe            | depr. Symptome<br>GHQ<br>Zung | ISSI                                                                                      |                        | Entwicklung und Remission depr. Symptome korreliert nicht mit einer Veränderung der Social Support-Werte.                                                                                                                                                     |
| Monroe u.M. (1983)<br>USA              | 167 | Studenten<br>120 w, 47 m,              | depr. Symptome<br>BDI<br>GHQ  | 3 Items zur Beziehungsnetz-<br>struktur<br>1 Item zur Qualität freundschaftl. Beziehungen | soziodem. V.           | Social Support: Nur der Item" die Untersuchungsperson lebt zuhause bei den Eltern" korreliert mit Depressivität, negativ.                                                                                                                                     |
| Cohen u.M. (1984)<br>USA               | 92  | Studenten<br>45 w, 47 m,               | depr. Symptome<br>BDI         | ISSB<br>ISEL                                                                              | Stress                 | Frauen erreichten bei den Social Support-Messungen höhere Werte als Männer. Die Korrelationen unterschieden sich jedoch nicht. Negative Korrelation zw. ISEL-Werten und BDI-Werten zum Zeitpunkt II, kontrolliert nach Stress und BDI-Werten zum Zeitpunkt I. |
| Lin & Ensel (1984)<br>USA              | 871 | Bevölkerungs-<br>stichprobe<br>Ø 42 J. | depr. Symptome<br>CES-D       | 2 Items zum "Strong tie-support"                                                          | Stress<br>soziodem. V. | Die Veränderung der Depressivitätswerte korreliert mit der Veränderung der Social Support-Werte. Kein Interaktionseffekt zw. Stress und Social Support, keine geschlechtsspezifischen Differenzen.                                                            |

Tabelle : 3.3 Klinische Studien I

| Autoren                           | N   | Stichprobe                                                | psy. Diagnose                    | Soz. Sup. Instrum.                            |                                              | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |     |                                                           |                                  | Soc. Sup.                                     | weir. V.                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Brown u.M.<br>(1975)<br>GB        | 114 | depr. Patienten<br>114 w,<br>18 - 65 J.<br>220 Kontrollen | depr. Symptome<br><br>PSE        | Vertrauensbe-<br>ziehung zum<br>Lebenspartner | soziodem. V.                                 | Bei Belastung durch ein Life-event<br>oder chronische Probleme schützt<br>eine Vertrauensbeziehung zum<br>Lebenspartner vor depressiver<br>Erkrankung.                                                                              |
| Roy<br>(1978)<br>GB               | 84  | depr. Patienten<br>84 w,<br><br>88 Kontrollen             | depr. Symptome<br><br>GHQ<br>HRS | Interview nach<br>Quinton u.M.                |                                              | Qualität der Beziehung zum Le-<br>benspartner korreliert signifi-<br>kant mit dem Ausprägungsgrad<br>depressiver Symptome.                                                                                                          |
| Winefield<br>(1979)<br>Australien | 32  | depr. Patienten<br>Ø 33 J.<br>35 Kontrollen               | depr. Symptome<br><br>Zung       | Social environ-<br>ment<br>questionnaire      | Stress,<br>Locus of<br>perceived<br>control, | Die Patienten haben weniger häufig<br>Vertrauensbeziehungen, fühlen sich<br>seltener als Vertrauter einer an-<br>deren Person.<br>Wohngruppengröße und Zahl der<br>Freunde unterscheidet die beiden<br>Gruppen nicht.               |
| Surtees<br>(1980)<br>GB           | 80  | unipolar depr.<br>Patienten<br>Ø 46 J.                    | depr. Symptome<br><br>HRS        | Social Support<br>Index                       | Stress                                       | Social Support korreliert mit de-<br>pressiven Symptomen im Querschnitt<br>und über 28 Wochen. Besonders<br>wichtig scheint die Qualität der<br>Vertrauensbeziehungen.<br>Kein Interaktionseffekt zw. Stress<br>und Social Support. |
| Roy<br>(1981)<br>GB               | 88  | depr. Patienten<br>88 w,<br>88 Kontrollen                 | depr. Symptome<br><br>HRS        | Interview nach<br>Quinton u.M.                |                                              | Geringe Unterstützung durch den<br>Lebenspartner korreliert deutlich<br>mit Depressivität, unabhängig von<br>der sozialen Schicht und Stress.                                                                                       |

| Autoren                           | N   | Stichprobe                                                                   | psy. Diagnose                                                      | Soc. Sup. Instrum.                                                       | weit. V.                         | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Brugha u.M.<br>(1982)<br>Irland   | 50  | depr. Patienten<br>50 "gematchte"<br>Kontrollen                              | Neurotic depression, retarded depression<br><br>PSE<br>GHQ 12      | Social Interaction Schedule<br>Henderson's self completion questionnaire |                                  | Bei den Patienten waren die sozialen Interaktionen häufiger negativ gefärbt und die Kontakthäufigkeit geringer als bei den Kontrollen.                                                                                                                 |
| Billings u.M.<br>(1983)<br>"USA   | 409 | depr. Patienten<br>227 w, 182 m,<br>409 "gematchte"<br>Kontrollen<br>Ø 40 J. | Minor/major depression (RDC)                                       | 3 quant., 6 qual. Items zur Beziehungsnetzstruktur<br>FRI<br>WRI         | soziodem. V.<br>Stress<br>Coping | Die depressiven Patienten unterschieden sich gegenüber den Kontrollen hinsichtlich der quant. u. der qual. Social Support-Indices, auch nach Kontrolle der intervenierenden Variable.<br>Keine Differenzen bei den Ergebnissen von Männern und Frauen. |
| Flaherty u.M.<br>(1983)<br>Irland | 44  | depr. Patienten<br>37 w, 7 m,<br>Ø 41 J.                                     | unipolare Depression (RDC)<br>nicht akute Episode (DSM III)<br>HRS | Social Support Network Inventory                                         | Stress                           | Der Schweregrad der Depression korreliert mit dem Social Support-Wert negativ. Kein Interaktionseffekt zwischen Stress und Social Support.                                                                                                             |
| Waring & Patton<br>(1984)<br>GB   | 75  | depr. Patienten<br>40 w, 35 m,                                               | unipolar major depression (RDC)<br>BDI                             | Waring Intimacy Questionnaire                                            | soziodem. V.                     | Negative Korrelation zwischen WIQ-Werten und Depressivität, höhere Korrelation für Frauen als für Männer.<br>Positiver Verlauf der Krankheit korreliert mit höheren WIQ-Werten.                                                                        |

Tabelle : 3.3 Klinische Studien III

| Autoren                          | N   | Stichprobe                                            | psy. Diagnose                                                                                                | Soz. Sup. Instrum.                                                      | weit. V.                         | Ergebnisse                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Murphy<br>(1985)<br>GB           | 124 | depr. Patienten<br>88 w 36 m,<br>Ø 74 J.              | Major depr.<br>disorder<br>(DSM III)<br>erste Episode<br>e. Depression<br>(Feighner)<br>PSE                  | Vertrauensbe-<br>ziehung zum Le-<br>benspartner und<br>anderen Personen | soziodem. V.<br>Stress           | Keine signifikante Korrelation z<br>zwischen Vertrauensbeziehungen u.<br>Verlauf der depressiven Er-<br>krankung, unabhängig vom Stress-<br>level                                                                             |
| Billings & Moos<br>(1985)<br>USA | 380 | depr. Patienten<br>18 -83 J., Ø 40J<br>370 Kontrollen | Minor/major<br>unipolar de-<br>pressive dis-<br>order (RDC)<br>Depr. Symptom<br>Severity In-<br>dex nach RDC | FRI<br>WRI                                                              | soziodem. V.<br>Stress<br>Coping | Verbesserung der depr. Symptomatik<br>korreliert mit der Verbesserung<br>des Social Support und des Coping.<br>Qualitative Social Support-Indi-<br>ces korrelieren höher mit De-<br>pressivitätswerten als quantita-<br>tive. |

#### 4. Instrumente zur Erfassung von Social Support (siehe Tab. 4)

Im folgenden werden die in den oben referierten Studien verwendeten Social Support-Instrumente kurz beschrieben, soweit Informationen über die Fragebögen und Interviews zugänglich waren.

Einige Autoren stellen zur Erfassung des Social Support nur einige wenige Fragen:

- zum Vorhandensein eines Vertrauten:

|               |      |
|---------------|------|
| Brown u.M.    | 1975 |
| Habif & Lahey | 1980 |
| Costello      | 1982 |
| Murphy        | 1985 |

- zur Beziehungsnetzstruktur (Zahl der Freunde, Kontakthäufigkeit, Teilnahme an Geselligkeiten usw.):

|                    |      |
|--------------------|------|
| Hautzinger u.M.    | 1982 |
| Monroe u.M.        | 1983 |
| Hartsgaard & Light | 1984 |
| Prudo u.M.         | 1984 |
| Hautzinger         | 1985 |
| Dressler           | 1985 |

- zur Qualität der Unterstützung durch Freunde/Verwandte:

|                     |      |
|---------------------|------|
| Paykel u.M.         | 1980 |
| Mitchell & Hodson   | 1983 |
| Warren & McEachren  | 1983 |
| Hällström & Persson | 1984 |
| Lin & Ensel         | 1984 |
| Solomon             | 1985 |

Einige Autoren verwenden standardisierte Interviews:

Roy 1978/81 (Interview nach Quinton)

Barrera jr. 1981 (ASSIS)

Surtees 1980 (Social Support-Index)

Henderson & Moran 1983 (ISSI)

O'Hara u.M. 1983 (Social Network Interview)

- andere kombinieren das Interview mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen:

Schnaefer u.M. 1981 (Social Network Index  
+ Social Support Questionnaire)

Brugha u.M. 1982 (Social Interaction Schedule  
+ Henderson's self-completion questionnaire)

Fiore u.M. 1983 (Social Network List  
+ Social Support Interview)

Sandler & Barrera 1984 (ASSIS + ISSB)

- manche verwenden auch nur Fragebögen:

Winefield 1979 (Soc. Environment Questionnaire)

Billings & Moos 1982 a

Billings u.M. 1983

Billings & Moos 1985 a,b (FRI, WRI)

Cohen & Hoberman 1983

Cohen u.M. 1984 (ISEL, ISSB)

Blazer 1983 (OARS)

Flaherty u.M. 1983 (SSNI)

Sarason u.M. 1983 (SSQ)

Cutrona 1984 (SPS)

D'Arcy & Siddique 1984

Syrotuik & D'Arcy 1984 (Supposal Support Scale,  
Community Support Scale)

McIvor u.M. 1984 (PSSI)

Waring & Patton 1984 (WIQ)

#### 4.1 Social Support Interviews

##### ISSI (Interview Schedule for Social Interaction)

Henderson u.M. (1981) entwickelte nach verschiedenen Vorläufern den ISSI. Grundlage bildeten die sechs "provisions of social relationships" von Weiss (1969).

In Form eines Interviews werden 52 Fragen zur Qualität der sozialen Beziehungen, der Zufriedenheit damit und zur Beziehungsnetzstruktur gestellt. Der ISSI besteht aus vier Komponenten: AVAT - Verfügbarkeit, Vorhandensein enger Beziehungen  
AVSI - Vorhandensein mehr unverbindlicher Beziehungen, ADAT bzw. ADSI Zufriedenheit mit den engen bzw. allgemeineren Beziehungen.

Zusätzlich werden noch zwei Werte berechnet: ATTROWN - Zahl der engen Beziehungen, in denen es in letzter Zeit zu Streitigkeiten gekommen ist, und NONAT - die Zahl von Beziehungsarten (z.B. Vertrauter, oder jemand, für den man sorgen kann), die der untersuchten Person zwar nicht zur Verfügung stehen, jedoch auch nicht vermißt werden.

Die Retest-Reliabilität wird mit 0.68 angegeben (Henderson u.M. 1981 )

### ASSIS (Arizona Social Support Interview Schedule)

Der ASSIS ist ein von Barrera jr. (1981) entwickeltes äußerst vielschichtiges Instrument, das in Interviewform aktuellen (Social Support-Interaktionen) und potentiellen (Qualität der Beziehungen) Social Support, die Zufriedenheit damit und das Bedürfnis danach erfragt. Zusätzlich werden strukturelle Daten erfaßt, wie Beziehungsnetzgröße und Anteil der konfliktträchtigen Beziehungen am Beziehungsnetz.

Der ASSIS ist ein sehr kurz gehaltenes Instrument: 28 Items + pro angegebenem Beziehungsnetzmitglied 4 Fragen zur Person. Die Retest-Reliabilität ist mit 0.88 relativ hoch.

### Social Support Index

Surtees (1980) entwickelte und verwendete dieses Instrument zur Einschätzung von "diffuse" und "close social support".

Das Rating der sechs Items wird vom Untersucher nach einem nicht-standardisierten Interview vorgenommen.

Drei Items erfassen quantitative Daten (Frequenz der Kontakte, Wohngruppe u.ä.), drei Items erfassen eine Mischung aus qualitativen und quantitativen Informationen über die sozialen Beziehungen.

Die Retest-Reliabilität wird mit 0.66 angegeben.

### Interview nach Quinton u.M. (1976)

Roy verwendete dieses Instrument in beiden Studien (1978/81). Es erfaßt die Qualität der Beziehung zum Lebenspartner; der Interviewer nimmt das Rating auf einer 6-Punkte Skala vor. Reliabilitätsquoten sind nicht angegeben.

### SNI (Social Network Interview)

O'Hara u.M. (1983) verwendeten dieses halbstrukturierte Interview zur Messung des Social Support, während Solomon (1985) nur die Antworten auf zwei spezielle Fragen aus diesem Interview seinem Social Support-Wert zugrunde legte (Fragen nach erhaltener instrumentaler und emotionaler Unterstützung). Das Social Network Interview erfaßt strukturelle Beziehungsnetzdaten, erfragt das Geben und Nehmen von Social Support, und zwar getrennt nach instrumentaler und emotionaler Unterstützung. Zusätzlich enthält das Interview Fragen zur Beziehung zum Lebenspartner speziell, Häufigkeit von Streitigkeiten und die Zufriedenheit mit dieser Beziehung im allgemeinen.

#### 4.2 Social Support Interviews in Verbindung mit Selbstbeurteilungsfragebögen

### SSI (Social Support Interview)

Das Social Support Interview (Fiore u.M. 1983) ist ein halbstrukturiertes Interview; Gesprächsgrundlage bildet die Social Network List, die bereits vor dem Interview ausgefüllt wird. Sie enthält die Namen (bis zu 15) der wichtigsten Beziehungsnetzmitglieder, die Häufigkeit des Kontaktes, die Häufigkeit geforderten Social Supports und die Enge der Beziehung. Social Support wird hier unterteilt in "socializing", "tangible assistance", "cognitive guidance", "emotional support", "self-disclosure". Für jede dieser Komponenten geben die untersuchten Personen auf einer 6-Punkte-Skala (von "not at all" bis "extremely") an, in welchem Ausmaß ein Beziehungsnetzmitglied als hilfreich oder als enttäuschend empfunden wird. Daraus wird abschließend pro Social Support-Komponente ein "Helpfulness-" und ein "Up-set"-Wert berechnet.

### SIS (Social Interaction Schedule)

Der SIS (Henderson u.M. 1978) besteht aus einem Interviewteil und einem Fragebogen. Das Interview erfaßt strukturelle Daten zum Beziehungsnetz und die Qualität der sozialen Interaktio-

nen hinsichtlich Intensität und positiver oder negativer Färbung. Im Fragebogen werden Aussagen über die Qualität der sozialen Beziehungen von der Untersuchungsperson auf ihr Zutreffen hin beurteilt (Beisp.: "I don't have anyone I can confide in").

### Social Support Questionnaire

Schaefer u.M. (1981) entwickelten dieses Instrument zur getrennten Erfassung von "emotional", "tangible" und "informational support". Erfragt wird in Form eines Interviews die Qualität der sozialen Beziehungen. Das Rating des "emotional" und "informational support" nehmen die Probanden an Hand einer 5-Punkte-Skala selbst vor. Zu jedem Beziehungsnetzmitglied werden 5 Fragen gestellt.

Der Wert für "tangible support" ergibt sich aus der Anzahl von vorgegebenen Situationen, in denen der Proband auf Unterstützung zählen kann.

### 4.3 Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support

#### 4.3.1 Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support, beschränkt auf bestimmte Interaktionsgruppen

#### FRI (Family Relationship Index)

Der FRI ist abgeleitet vom FES (Family Environment Scale)(Moos & Moos 1981). Der FRI basiert auf drei Subskalen: "Cohesion", das Ausmaß gegenseitiger Hilfsbereitschaft in der Familie, "Expressiveness", das Ausmaß der Bereitschaft innerhalb der Familie Gefühle offen zu zeigen, "Conflict", inwieweit offen gezeigte Aggressionen und Konfliktsituationen die familiären Interaktionen bestimmen.

#### WRI (Work Relationship Index)

Der WRI ist abgeleitet vom WES (Work Environment Scale)(Moos 1981). Er untersucht die Qualität der Beziehungen zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten, bzw. das Arbeitsklima allgemein.

Auch der WRI basiert auf drei Subskalen: "Peer-Cohesion", der Zusammenhalt unter den Arbeitskollegen, "Staff-Support", Ausmaß der positiven Unterstützung durch die Vorgesetzten, "Involvement", Ausmaß der positiven Identifizierung mit der Arbeit.

#### WIQ (Waring Intimacy Questionnaire)

Der Waring Intimacy Questionnaire (Waring & Reddon 1983) besteht aus acht Subskalen, die die Beziehung zum Lebenspartner in verschiedener Hinsicht untersuchen (z.B. Konfliktlösung, Sexualität, Zusammengehörigkeitsgefühl u.a.). Die Retest-Reliabilität beträgt 0.70.

#### PSSI (Perceived Social Support Inventory)

Der von McIvor u.M. (1984) verwendete Fragebogen wurde von Heller u.M. entwickelt. Getrennt für Freunde und Familienmitglieder werden je 20 Fragen zu den jeweiligen Beziehungen gestellt (Beisp.: Item Nr. 12: "My friends are good at helping me solve problems".).

Die meisten Items erfragen, ob der untersuchten Person emotionale Unterstützung zur Verfügung steht, in einigen Items wird auch nach beratender Unterstützung gefragt. Einige Fragen beziehen sich auch auf die Gegenseitigkeit der Beziehungen (Beisp.: Item Nr. 11: "My friends come to me for emotional support".)

#### Spousal Support Scale

D'Arcy & Siddique (1984) verwendeten einen selbst entwickelten Fragebogen zur Erfassung der sozialen Unterstützung durch den Lebenspartner. In neun Items wird die Qualität der Beziehung und die Zufriedenheit damit abgefragt. (Beisp. "To what extent do you and your partner share interests and hobbies?")

### Community Support Scale

Die von D'Arcy & Siddique (1984) entwickelte Community Support Scale erfragt mittels eines 9-Item-Fragebogens die Zufriedenheit mit öffentlichen Einrichtungen wie Schulen oder Verkehrsmitteln, mit der Sicherheit am Wohnort und mit dem Freizeitangebot. Soziale Beziehungen oder Interaktionen werden nicht erfaßt.

#### 4.3.2 Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Social Support ohne Einschränkung der erfaßten Interaktions-Partner

##### ISSB (Inventory of Socially Supportive Behaviors)

(Barrera 1981); in diesem Instrument wird ausdrücklich nur nach tatsächlich stattgefundenen Social Support-Interaktionen gefragt, z.B. "During the past four weeks, how often did other people do these activities for you, to you or with you: Item 5 : Gave you some information on how to do something?"

Insgesamt wird nach 40 verschiedenen Social Support-Interaktionen gefragt, die Antwortmöglichkeiten reichen von "not at all" bis "about every day" auf einer 5-Punkte-Skala. Die Retest-Reliabilität beträgt 0.88.

##### SPS (Social Provisions Scale)

Die Social Provisions Scale (Russel & Cutrona 1984) beruht auf den von Weiss (1974) aufgestellten Überlegungen zu Social Support Bedürfnissen. Jede der sechs Weiss'schen Provisions wurde mit zwei Items "gemessen" - einmal positiv, einmal negativ formuliert (Beisp.: "I have close relationships that provide me with a sense of emotional security and well-being". - "I lack a feeling of intimacy with another person".).

Die Retest-Reliabilität ist mit 0.55 die niedrigste der hier vorgestellten Instrumente.

### SSNI (Social Support Network Inventory)

Flaherty u.M. (1983) entwickelten das Social Support Network Inventory. Ein Fragebogen, der neben der Erhebung struktureller Daten zum Beziehungsnetz die Häufigkeit potentiellen Social Supports (bzw. die Qualität sozialer Beziehungen) erfaßt (Beisp.: "To what extent does this person provide you with emotional support by listening, talking, consoling and just being with you?").

Zwei der elf Items beziehen sich auf das Geben (statt zu empfangen) von Social Support, zwei Items erfragen die Zufriedenheit mit dem tatsächlich erhaltenen Social Support anläßlich eines belastenden Ereignisses in letzter Zeit. Alle elf Items sind jeweils für die fünf engsten Beziehungsnetzmitglieder zu beantworten; an fünfter Stelle kann auch eine Gruppe von Menschen angegeben werden. Die Retest-Reliabilität liegt bei 0.87.

### Social Environment Questionnaire

Der Social Environment Questionnaire ist ein von Winefield (1979) entwickelter Fragebogen, der quantitative Beziehungsnetzdaten und die Qualität der sozialen Beziehungen erfaßt. Weiterhin wird erfragt, ob der Proband in einer schwierigen Situation ein Gespräch mit einer Vertrauensperson als hilfreich erachten würde und wie er seinen Eindruck auf andere Menschen einschätzt.

### SSQ (Social Support Questionnaire)

Der von Sarason u.M. (1983) verwendete - und entwickelte - Social Support-Questionnaire enthält 27 Items zu potentiell Social Support (Beisp.: Item 1: Whom can you really count on to listen to you when you need to talk? How satisfied?) und der Zufriedenheit damit.

Die überwiegende Zahl der Items erfragt Beziehungen, die emotionalen Support geben können, einige sind so offen gestellt, daß auch konkrete Hilfeleistungen gemeint sein können, einige fragen auch nach beratender Unterstützung, einige nach Feedback. Die Retest-Reliabilität beträgt 0.83.

### ISEL (Interpersonal Support Evaluation List)

Die ISEL-Skala (Cohen und Hoberman 1983) besteht aus 48 Items, in denen Beziehungen beschrieben werden, die mit "wahr" oder "falsch" angekreuzt werden, je nachdem ob die untersuchte Person sie als zutreffend für die eigenen sozialen Beziehungen empfindet oder nicht.

Das Instrument erlaubt eine Trennung in "Tangible Scale" (entspricht konkreten Hilfeleistungen) "Belonging Scale" (Beziehungen allgemeiner Art), "Appraisal-Scale" (Vertrauens- und Ratgeberbeziehungen), "Self-esteem-Scale" (Selbstbewußtsein).

Letztere Komponente fällt inhaltlich und formal aus dem Rahmen der vorhergehenden, die Fragen zielen auf eine Einschätzung der eigenen Persönlichkeit, nicht wie in den anderen Skalen auf die Einschätzung der sozialen Beziehungen. Es ist allerdings anzunehmen, daß Selbstbewußtsein und Einschätzung des zur Verfügung stehenden Social Supports wechselseitig von einander abhängig sind, was durch die Korrelationen der Subskalen der ISEL-Scale untereinander bestätigt wird: Tangible/Self-esteem 0.19 , Belonging/Self-esteem 0.26, Appraisal/Self-esteem 0.19.

#### 4.4 Vergleichende Diskussion der Instrumente

Entsprechend dem theoretischen Dissens, um was es sich bei Social Support eigentlich handelt, sind die Versuche, Social Support zu messen, höchst vielgestaltig.

Zur Anwendung kommen Fragebögen und Interviews unterschiedlichen Ausmaßes. Der Umfang schwankt zwischen einer Frage (nach dem Vorhandensein eines Vertrauten, Murphy 1985) und einem 2-3 stündigen Interview (O'Hara u.M. 1983).

Im allgemeinen werden keine Einschränkungen auf bestimmte Personengruppen gemacht. Ausnahmen: WIQ - Lebenspartner; FRI - Familie; WRI - Arbeitskollegen; PSSSI - Familie und Freunde.

Die angegebenen Retest-Reliabilitätsquoten liegen zwischen 0.55 (Social Provisions Scale) und 0.88 (Arizona Social Support Interview Schedule).

Untersucht werden strukturelle Beziehungsnetzdaten, die Qualität sozialer Beziehungen, unterstützende Interaktionen bzw. deren potentielle Möglichkeit, die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, Forderungen/ Bitten um Social Support, soziodemographische Variablen. Einige dieser Aspekte erscheinen sinnvoll, andere weniger geeignet, um Social Support zu messen. Sicher ist es vorteilhaft, sich bei der Erfassung von Social Support auf die Untersuchung mehrerer Aspekte zu stützen. Beschränkt man sich auf nur einen Aspekt geht wesentliche Information verloren.

Eine ausschließliche Erfassung struktureller Daten wie z.B. die Beziehungsnetzgröße als Indikator für Social Support, impliziert die Vorstellung einer rein oder überwiegend positiven Wirkung sozialer Interaktionen auf die psychische Gesundheit. Ständiger Streit mit den Nachbarn oder Vorwürfe seitens der Verwandtschaft anlässlich einer Scheidung würden in einer rein strukturellen Untersuchung nur als hohe Kontaktfrequenz erscheinen und als Indiz für soziale Unterstützung gewertet (siehe dazu auch Stokes 1983).

Social Support-Messungen lassen sich in vier Gruppen unterteilen:

1. Quantitative Daten (z.B. Zahl der Freunde, Kontakthäufigkeit)
2. Qualität der Beziehungen oder potentieller Social Support
3. Stattgefundene Social Support-Interaktionen oder aktueller Social Support
4. Zufriedenheit mit dem erhaltenen oder zur Verfügung stehenden Social Support.

#### 4.4.1 Quantitative versus qualitative Messungen

Leavy (1983) fand in Studien, die zur Erfassung von Social Support quantitative Daten benutzten, geringere Korrelationen zwischen Social Support und psychischer Krankheit als in Studien, die qualitative Social Support-Items benutzten. Auch in den neueren Arbeiten zeichnet sich dieser Trend ab. Billings u.M. (1983) fanden ebenfalls die qualitativen Daten höher mit Depressivität korreliert als die quantitativen. Qualitative Messungen von Social Support (wie z.B. die ISEL-Skala oder der Family-Relationship-Index) korrelieren allgemein deutlich negativ mit Depressivität.

Aus der Unzahl möglicher (und untersuchter) struktureller Daten korrelieren nur zwei Variable regelmäßig mit Depressivität: die Zahl der Freunde (nicht Beziehungsnetzgröße) und die Kontakthäufigkeit. Einzige Ausnahme bildet die Studie von O'Hara u.M. (1983), in der die Patienten höhere Kontaktfrequenzen angaben als die Kontrollen. In der Beziehungsnetzgröße unterschieden sich die beiden Gruppen jedoch nicht.

In den qualitativen Messungen erreichten die Patienten geringere Social Support-Werte als die Vergleichsgruppe.

Trotz der geringeren Korrelation der quantitativen Daten mit Depressivität, und der geringen Korrelation zwischen quantitativen und qualitativen Daten (Billings u.M. 1983; Moos & Mitchell 1982) scheint eine Erfassung der Beziehungsnetzstruktur sinnvoll. Eine Analyse dieser Daten kann wesentlich zum Verständnis evtl. Social Support-Defizite beitragen, indem sie Aufschluß über die Quellen von möglicher Unterstützung gibt. In der Studie von Mitchell & Hodson (1983) wird deutlich, daß diejenigen sozialen Kontakte, die eine von ihrem Lebenspartner mißhandelte Frau mit diesem zusammen hat, keine unterstützende Wirkung entfalten. (Im Gegensatz dazu korrelieren die "eigenständigen" Kontakte negativ mit depressiven Symptomen.)

Auch ist z.B. die Information, ob Social Support-Interaktionen nur von einer Person ausgehen oder von vielen Beziehungsnetzmitgliedern getragen werden, sicher ein wertvoller Hinweis, beispielsweise auf die Stabilität der sozialen Unterstützung.

#### 4.4.2 Aktueller versus potentieller Social Support

Antonucci und Depner (1982) differenzieren "aktuellen" und "potentiellen" Social Support. Sie beziehen sich dabei auf zwei verschiedene Methoden unterstützende Interaktionen zu erfassen.

"Aktueller Social Support": Es wird nur nach tatsächlich stattgefundenen unterstützenden Interaktionen gefragt, z.B. "(Wie oft) Hat Ihnen in letzter Zeit jemand sein Auto geliehen, wenn Sie es dringend benötigen?"

"Potentieller Social Support": Es wird nach der Gewißheit gefragt, unterstützende Interaktionen bei Bedarf abrufen zu können, z.B.: "Kennen Sie jemanden, der Ihnen sein Auto leihen würde, wenn Sie es dringend benötigen?"

Wird nur der potentielle Social Support gemessen, oder wie in vielen Instrumenten die Unterscheidung durch eine zweideutige Fragestellung unmöglich gemacht, bleibt unklar, ob es bei einem bestimmten Individuum jemals tatsächlich zu unterstützenden Interaktionen kommt. Zeigt ein Individuum beispielsweise seine Bedürfnisse nicht, oder ist zu stolz Hilfe anzunehmen, wird es bei einer Messung von potentiell Support evtl. hohe Werte erreichen, bei einer Messung des aktuellen Support jedoch äußerst niedrige erhalten.

Eine Beschränkung auf den aktuellen Support (wie im ISSB) ergibt ebenfalls ein verfälschendes Bild, da eine Person zwar u.U. in letzter Zeit keine Unterstützung erhalten hat, aber diese auch nicht benötigte; bei Bedarf stünde ihr die Unterstützung aber zur Verfügung.

Messungen tatsächlich stattgefundener Social Support Interaktionen erwecken zwar den Anschein größerer Objektivität als Fragen nach der Qualität sozialer Beziehungen; der ISSB jedoch, ein Instrument, das nur aktuellen Social Support mißt, korreliert in keiner Studie mit Depressivität (Cohen u.M. (1984); Cohen & Hoberman (1983); Sandler & Barrera (1984)).

In einigen Studien wurden parallel Instrumente zur Erfassung von aktuellem Social Support (ISSB) und Instrumente zur Erfassung von potentielllem Social Support (ISEL, ASSIS) verwendet (Barrera jr. (1980); Cohen & Hoberman (1983); Sandler & Barrera (1984); Cohen u.M. (1984)).

In keiner der Studien korrelierte der aktuelle Social Support signifikant mit depressiven Symptomen. Der mit dem ISEL erfaßte potentielle Social Support hingegen korrelierte signifikant negativ mit Depressivität (Cohen & Hoberman (1983); Cohen u.M. (1984)), ebenso wie bestimmte Daten der Beziehungsnetzstruktur und die Zufriedenheit mit dem verfügbaren Social Support (Sandler & Barrera (1984)).

#### 4.4.3 Zufriedenheit mit Social Support

Die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die sozialen Beziehungen korreliert stets deutlich negativ mit Depressivität (ASSIS, Sandler & Barrera (1984); SSQ, Sarason u.M. (1983)).

Fragen zur Qualität der sozialen Beziehungen enthalten bis zu einem gewissen Grad auch immer die Frage nach der Zufriedenheit mit der Beziehung respektive Unterstützung. Henderson (1984) vermutet in diesem Aspekt sogar die entscheidende Ursache für die Korrelation zwischen Social Support-Messungen und Depressivität.

Die Zufriedenheit einer Person mit der ihr zur Verfügung stehenden Unterstützung (wie sie im ISSI, ASSIS, SSQ gemessen wird) hat sich zwar als wichtiger Indikator für die Wahrscheinlichkeit depressiv zu erkranken oder erkrankt zu sein erwiesen (z.B. Henderson u.M. (1981), ist aber kein

korrekter Ansatz zur Erfassung von Social Support. Vielmehr spiegelt die Unzufriedenheit depressiver Personen mit ihrem Social Support-System weniger ein reales Defizit als die generelle Neigung Depressiver zur Unzufriedenheit wieder (Henderson (1984)).

#### 4.4.4 Elemente des Social Support

Theoretische Überlegungen und Ergebnisse empirischer Studien (Schaefer u.M. (1981)) weisen darauf hin, daß sich Social Support aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Es sind jedoch nur wenige Instrumente so angelegt, daß für die einzelnen Komponenten auch getrennte Werte berechnet werden können.

|                                                             |                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>ISEL-Scale</u><br>(Cohen & Hoberman 1983)                | : appraisal, self-esteem,<br>belonging, tangible support                                                  |
| <u>Social provisions scale</u><br>(Russel & Cutrona 1983)   | : reliable alliance, social<br>integration, nurturance,<br>reassurance of worth,<br>attachment, guidance; |
| <u>Social network-Interview</u><br>(O'Hara u.M. 1983)       | : instrumental, emotional<br>support;                                                                     |
| <u>Social support-Interview</u><br>(Fiore u.M. 1983)        | : cognitive guidance, emotional<br>support, self-disclosure,<br>tangible assistance,<br>socializing;      |
| <u>Social Support Questionnaire</u><br>(Schaefer u.M. 1981) | : emotional, tangible,<br>informational support.                                                          |

Emotionale Unterstützung, der in den theoretischen Überlegungen häufig eine herausragende Bedeutung zugemessen wird, korreliert bei Cutrona (1984) weit geringer mit Depressivität als "reliable alliance" oder "social integration" und bleibt unter der Signifikanzschwelle. Bei Fiore u.M. (1983)

korreliert "emotional support" zwar signifikant mit Depressivität, jedoch deutlich geringer ausgeprägt als "cognitive guidance".

Es gibt jedoch auch einige Studien, in denen die emotionale Unterstützung höhere Korrelationen mit Depressivität erreicht als die anderen Elemente: Cohen & Hoberman (1983), Cohen u.M. (1984), Solomon (1985).

"Instrumental Support" variiert ebenso wie emotionale Unterstützung von Studie zu Studie in ihrem Stellenwert. Cohen & Hoberman (1983) vermuten eine Altersabhängigkeit der Bedeutung dieses Social Support-Elements. Die hier referierten Arbeiten bestätigen diese These weitgehend (siehe 3.4.1).

Für die übrigen Social Support-Elemente zeichnet sich kein einheitlicher Trend ab.

#### 4.5 Depressivitätsdiagnostik

Um die Variationsbreite der diagnostischen Kriterien zu verdeutlichen, seien hier zwei Studien stellvertretend verglichen: Billings & Moos (1982)\* verwendeten einen Depressions-Index (Billings & Moos (1982), "Health and Daily Living Form"), der relativ unspezifisch eher "psychological distress" als spezifisch depressive Erkrankungen erfaßt (Holahan & Moos (1981)).

In der Studie von Murphy (1985) hingegen, erfüllen alle untersuchten Patienten die "diagnostic criteria for primary depression" (Feighner u.M. 1972) und die Kriterien einer "major affective disorder" nach DSM III. 30 der 124 Patienten litten unter Halluzinationen oder Wahngedanken. (Im allgemeinen wurden in den Studien Patienten mit psycho-

\*Diese Studie wurde trotz der unüblichen Depressivitätsdiagnostik mit aufgenommen, da sie eine der wenigen epidemiologischen Längsschnittuntersuchungen darstellt und interessante Ergebnisse aufweist.

tischen Depressionszuständen und bei Verdacht auf hirnorganische Schädigungen ausgeschlossen.)

Vorwiegend wurden in den Studien symptomorientierte Instrumente wie die "Beck-Depressions-Skala" (Beck, 1967) oder die "Zung Self Rating Scale" (Zung 1965) verwendet. Einige der epidemiologischen Studien und alle klinischen Studien stützen sich außerdem auf standardisierte Diagnose-Schemata für klinische Diagnosen (RDC, Spitzer u.M. 1978; DSM III, American Psychiatric Association 1980). Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse der Studien nicht nach dem Schweregrad der depressiven Erkrankungen, und auch nicht nach dem verwendeten diagnostischen Instrument.

| Instrumente |                                           | Rel. Form | Item   | Qualität d. Struktur d. Soc. Support<br>Beziehungen Bez.-Netzes Interaktionen Elemente Zufr. Einschränkung |   |    |   |  |   |   |               |
|-------------|-------------------------------------------|-----------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---|--|---|---|---------------|
| ISSI        | Interview Schedule for Social Interaction | 0.68      | I.     | 52                                                                                                         | X | X  |   |  |   | X | Ø             |
| ASSIS       | Arizona Social Support Interview Schedule | 0.88      | I.     | 12                                                                                                         | X | X  | X |  |   | X | Ø             |
|             | Social Support Index                      | 0.66      | I.     |                                                                                                            | X | X  |   |  |   |   | Ø             |
|             | Interview nach Quinton u.M. (1976)        |           | I.     |                                                                                                            | X |    |   |  |   |   | Lebenspartner |
| SNI         | Social Network Interview                  |           | I.     |                                                                                                            | X | X  | X |  | X | X | Ø             |
| SSI         | Social Support Interview                  |           | I./Fr. |                                                                                                            | X | X  |   |  | X |   | Ø             |
| SIS         | Social Interaction Schedule               |           | I./Fr. |                                                                                                            | X | X' |   |  |   |   | Ø             |
|             | Social Support Questionnaire *            |           | I./Fr. |                                                                                                            | X |    | X |  | X |   | Ø             |
| FRI         | Family Relationship Index                 |           | Fr.    | 27                                                                                                         | X |    |   |  |   |   | Familie       |
| WRI         | Work Relationship Index                   |           | Fr.    | 27                                                                                                         | X |    |   |  |   |   | Arbeitskoll.  |
| WIIQ        | Measuring Intimacy Questionnaire          | 0.70      | Fr.    |                                                                                                            | X |    |   |  |   |   | Lebenspartner |

\* Social Support Questionnaire nach Schaefer u.M. 1981

Tabelle: 4 Social Support-Instrumente II

| Instrumente                                           | Rel. Form Item |     |    | Qualität d. Beziehungen |   |   | Struktur d. Bez.-Netzes |    |   | Soc.Support Interaktionen |    |   | Elemente Zufr. Einschränkung |    |   |
|-------------------------------------------------------|----------------|-----|----|-------------------------|---|---|-------------------------|----|---|---------------------------|----|---|------------------------------|----|---|
|                                                       | Fr.            | 40  | X  | Fr.                     | 9 | X | Fr.                     | 40 | X | Fr.                       | 12 | X | Fr.                          | 27 | X |
| PSSI<br>Perceived Social Support<br>Inventory         |                |     |    |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| Spousal Support Scale                                 |                |     |    |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| ISSB<br>Inventory of Socially<br>Supportive Behaviors | 0.88           | Fr. | 40 |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| SPS<br>Social Provisions Scale                        | 0.55           | Fr. | 12 |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| SSQ *<br>Social Support Questionnaire                 | 0.83           | Fr. | 27 |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| ISEL<br>Interpersonal Support<br>Evaluation List      |                |     |    |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| SSNI<br>Social Support Network<br>Inventory           | 0.87           | Fr. | 55 |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |
| Social Environment<br>Questionnaire                   |                |     |    |                         |   |   |                         |    |   |                           |    |   |                              |    |   |

\* Social Support Questionnaire nach Sarason u.M.1983

Rel. = Retest-Reliabilität  $p < 0.05$ /Qualität der Beziehungen oder auch potentieller Social Support/Struktur des Beziehungsnetzes oder auch quantitative Daten wie Kontaktfrequenz, Zahl der Beziehungen usw./ Social Support Interaktionen oder auch aktueller Social Support/ Elemente: das Instrument differenziert verschiedene Social Support-Elemente wie emotional support, tangible support usw. / Zufr. - Zufriedenheit mit der verfügbaren Beziehungsstruktur

## 5. Zusammenfassung

Nach neueren epidemiologischen Untersuchungen (Boyd & Weissman 1982) liegt die Prävalenz für depressive Erkrankungen, die innerhalb eines Jahres auftreten, zwischen 6% und 10%. Diesem hohen Prozentsatz mit seiner schwerwiegenden individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung steht ein relativ geringes Wissen um die ätiologischen Faktoren gegenüber.

Seit Mitte der siebziger Jahre wird die Bedeutung von Social Support für die Ätiologie der depressiven Erkrankungen diskutiert. Bis heute besteht jedoch nur geringe Übereinstimmung hinsichtlich der Definition von Social Support und seiner möglichen Bedeutung in der Genese depressiver Verstimmungen.

Der Begriff "Social Support" ist durch seine scheinbar evidente umgangssprachliche Bedeutung "mehr gebraucht als definiert worden" (Kahn & Antonucci 1980); es gibt zwar zahlreiche Definitionsansätze, doch sind die meisten relativ unscharf oder so umfassend, daß es nicht möglich ist, konkret damit zu arbeiten.

Einige Autoren (Kahn & Antonucci 1980, House 1981, Moos & Mitchell 1982) schlagen vor, Social Support als "interpersonal transactions" zu definieren. Diese Definition ist insofern günstig, als sie relativ klar umrissen ist und sich gut als Grundlage für Meßinstrumente eignet. Weiterhin erlaubt diese Definition eine Differenzierung mehrerer Aspekte von Social Support wie *emotional support*, *instrumental support* und *appraisal support*.

Wie bei der Definition gibt es auch zur Wirkungsweise von Social Support eine Reihe verschiedener Vorstellungen. Allen Modellen liegt die Vorstellung einer multifaktoriellen Ätiologie der depressiven Erkrankungen zugrunde. Die Beschränkung der Diskussion auf die Beziehungen zwischen Social

Support, depressiver Verstimmung und eventuell intervenierenden Variablen stellt diese angenommene Voraussetzung nicht in Frage: Social Support wird als e i n e r der möglichen ätiologischen Faktoren diskutiert.

Das umfassendste Modell schlagen Moos & Mitchell (1982) vor. Sie berücksichtigen außer den "Grundfaktoren" Social Support und psychische Krankheit noch weitere vier - intervenierende Variablen: Coping-Mechanismen, Persönlichkeitsfaktoren, "environmental factors" und Stress.

Diese vier Faktoren werden in der Literatur auch als mögliche Determinanten von Social Support diskutiert.

Hinsichtlich des Faktors Stress - im Zusammenhang mit Social Support und psychischer Krankheit - lassen sich in der Diskussion zwei grundsätzliche Positionen ausmachen.

Caplan (1974), Cobb (1976), Lin u.M. (1979) vertreten die "Puffertheorie". Sie gehen von einer negativen Wirkung von Stress auf die psychische Gesundheit aus und sehen Social Support in diesem Zusammenhang nur als modifizierenden Faktor.

Für Henderson (1977), Mueller (1980) und Moos & Mitchell (1982) hingegen ist Social Support - für sich genommen - notwendig zur Erhaltung der psychischen Gesundheit, und zwar unabhängig vom jeweiligen Stresslevel.

Während in der theoretischen Literatur der Zusammenhang zwischen Social Support und psychischen Erkrankungen allgemein diskutiert wird, differenzieren die empirischen Untersuchungen nach Syndromen bzw. Krankheitsgruppen.

Hinsichtlich der empirischen Arbeiten wurden hier nur Studien zur Beziehung zwischen Social Support und depressiven Erkrankungen referiert.

Seit 1975 wurden zahlreiche epidemiologische und klinische Studien unternommen. Es fand sich generell eine negative Korrelation zwischen der Höhe des verfügbaren Social Support und dem Ausprägungsgrad der depressiven Verstimmung. Dieser Zusammenhang tritt in allen Studien zutage, unabhängig von der - stark variierenden - Struktur der Stichproben, den

verwendeten Untersuchungsinstrumenten und der Depressivitätsdiagnostik (depressive Symptome versus klinisch diagnostizierte depressive Erkrankungen).

Im Gegensatz zu den theoretischen Annahmen fanden sich jedoch keine eindeutigen Hinweise für eine Kausalbeziehung zwischen den beiden Variablen Social Support und Depressivität. In Längsschnittstudien ergab sich kein Vorhersagewert von Social Support oder Depressivität für die jeweils andere Variable, d.h. ein zu Beginn der Untersuchung niedriger Social Support-Wert korrelierte nicht mit einem Ansteigen der depressiven Verstimmung. Es findet sich nur eine Korrelation zwischen den Veränderungen der beiden Variablen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten: Eine Abnahme des verfügbaren Social Support korreliert mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik.

Von den 16 Studien, die die Rolle der Variablen Stress im Zusammenhang Social Support und depressive Verstimmung untersuchten, fanden die meisten eine von der Höhe der Belastung unabhängige Korrelation zwischen Social Support und Depressivität. Dies widerspricht eindeutig der Vorstellung einer nur modifizierenden "Pufferfunktion" von Social Support. Dieses Ergebnis kann aber auch nicht im Sinne eines direkten - gesundheitserhaltenden - Effektes von Social Support interpretiert werden, da - wie oben beschrieben - in Längsschnittstudien kein Vorhersagewert von Social Support bezüglich Depressivität gefunden werden konnte. Dies wäre jedoch, gemeinsam mit der stressunabhängigen direkten Korrelation zwischen Social Support und Depressivität, die Voraussetzung um eine Schutzfunktion von Social Support annehmen zu können.

Die negative Korrelation zwischen Social Support und Depressivität fand sich unabhängig von der Struktur der untersuchten Stichprobe. Es ergaben sich jedoch Hinweise für eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Aspekte von Social Support: Instrumental Support scheint für ältere Personen von größerer Bedeutung zu sein als für jüngere (Cohen & Hober-

man 1983; Schaefer u.M. 1981; Solomon 1985; Cohen u.M. 1984; Fiore u.M. 1983).

Leavy (1983) und Broadhead u.M. (1983) kamen in ihren Übersichtsarbeiten zu Social Support und (psychischen) Krankheiten zu dem Schluß, daß bei Frauen der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen deutlicher ausgeprägt ist, als bei Männern.

In den hier untersuchten Arbeiten, die sich speziell auf den Zusammenhang zwischen Social Support und Depressivität beziehen, konnte dieses Ergebnis nicht bestätigt werden.

Sieben der zehn Studien, die die Korrelationen getrennt nach männlichen und weiblichen Untersuchungspersonen berechneten, fanden keinen geschlechtsspezifischen Unterschied, was die Beziehung zwischen Social Support und Depressivität betrifft.

In der theoretischen Literatur werden Coping-Mechanismen sowohl als intervenierende Variable als auch als Determinanten von Social Support diskutiert. In den wenigen empirischen Studien dazu findet sich eine positive Korrelation zwischen passivem Coping, geringem Social Support und depressiver Verstimmung (Billings u.M. 1983; Mitchell & Hodson 1983; Billings & Moos 1985;). Offen bleibt dabei die Frage nach der gegenseitigen Abhängigkeit der Faktoren Social Support, depressive Verstimmung und Coping.

Es finden sich Hinweise auf eine positive Korrelation zwischen der Menge der verfügbaren supportiven Beziehungen und den Persönlichkeitsvariablen "Extraversion", "Internal locus of control", "Selbstbewußtsein", "affilative tendency" und "Positive Einschätzung der Effizienz sozialer Unterstützung" (Sarason u.M. 1983; Henderson u.M. 1981; Eckenrode 1983).

Negativ korrelierten "Anzeichen einer rigiden, intoleranten Persönlichkeit" und "External locus of control" mit dem verfügbaren Social Support (Sarason & Sarason 1982; Winefield 1979;).

Nachdem in jeder Studie andere Persönlichkeitsvariable un-

tersucht wurden, können diese Ergebnisse nur als Hinweis auf eventuelle Zusammenhänge aufgefaßt werden, die weiterer Klärung bedürfen. Es ist jedoch auffallend, daß die meisten der Persönlichkeitsfaktoren, die positiv mit der Menge verfügbaren Social Supports korrelieren, bei depressiven Patienten häufig als gering ausgeprägt beschrieben werden.

Entsprechend der geringen Übereinstimmung hinsichtlich der Definition von Social Support kommen in den empirischen Studien höchst unterschiedliche Social Support-Erfassungsinstrumente zur Anwendung. Zahlreiche Untersucher begnügen sich mit einigen wenigen Fragen nach Vertrauensbeziehungen, guten Freunden, der Kontakthäufigkeit. Bei der Verwendung von standardisierten Interviews oder Fragebögen fehlen häufig Angaben zur Reliabilität des Instruments. Die angegebenen Retest-Reliabilitätsquoten liegen zwischen 0.55 und 0.88.

Die Items beziehen sich meist sowohl auf die Struktur des Beziehungsnetzes als auch auf die Qualität der sozialen Beziehungen oder direkt auf Social Support-Interaktionen. Einige Instrumente sind so angelegt, daß zwei oder mehr Aspekte von Social Support getrennt untersucht werden können: z.B. "emotional support", "appraisal support", "instrumental support" (ISEL-Scale, Cohen & Hoberman 1983; Social Provisions Scale, Russel & Cutrona 1983; Social Network-Interview, O'Hara u.M. 1983; Social Support-Interview, Fiore u.M. 1983, Social Support Questionnaire, Schaefer u.M. 1981).

Im allgemeinen beziehen sich die Instrumente auf die Gesamtheit der sozialen Beziehungen, in einzelnen Fällen werden nur die Beziehungen zum Lebenspartner, der Familie oder den Arbeitskollegen untersucht.

Bei der Verwendung von Instrumenten, die nur tatsächlich stattgefundene Social Support-Interaktionen berücksichtigen, finden sich keine Korrelationen zwischen Social Support und depressiver Verstimmung. Werden dagegen auch potentiell mögliche Interaktionen einbezogen, korrelieren Social Support und Depressivitätswerte deutlich. Am höchsten korrelieren

die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und depressive Verstimmung.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß vor allem die Beurteilung des verfügbaren Social Support durch die Untersuchungspersonen ausschlaggebend ist. Damit stellt sich die Frage nach der Validität der bislang verwendeten Social Support-Erfassungsinstrumente.

In der im folgenden beschriebenen Untersuchung der Social Support-Systeme von Patienten mit depressiver Reaktion wurde versucht, die oben angesprochenen kritischen Punkte zu berücksichtigen.

Dies erfolgte zum einen durch eine Untersuchung der prämorbidem Persönlichkeit der Patienten und ihrer möglichen Bedeutung für den verfügbaren Social Support, zum anderen in einer Differenzierung der Erfassung von Social Support in eine "objektive" und eine "subjektive" (Zufriedenheits-) Ebene.

B. UNTERSUCHUNG

1. Hypothesen

Unter Berücksichtigung der im Teil A referierten Literatur ergeben sich für Patienten mit depressiver Reaktion folgende Hypothesen:

- 1.a) Social Support durch enge Beziehungen korreliert negativ mit dem Ausprägungsgrad der depressiven Verstimmung;
- b) Das Vorhandensein und die Qualität einer Vertrauensbeziehung korreliert ebenso hoch negativ mit der depressiven Symptomatik wie Social Support durch enge Beziehungen allgemein;
- c) Social Support durch eher unverbindliche Beziehungen korreliert nicht mit dem Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik;
2. Die Zufriedenheit mit dem insgesamt verfügbaren Social Support korreliert
  - a) hoch negativ mit dem Ausprägungsgrad der depressiven Verstimmung;
  - b) nur gering mit dem verfügbaren Social Support;
  - c) hoch mit der allgemeinen Zufriedenheit mit äußeren Lebensumständen (wie z.B. Wohn- und Finanzverhältnisse);
3. Social Support korreliert
  - a) positiv mit dem Persönlichkeitsfaktor Extraversion
  - b) negativ mit dem Persönlichkeitsfaktor Frustrationsintoleranz;
  - c) nicht mit den Persönlichkeitsfaktoren Selbstunsicherheit, Schizoidie, Ordentlichkeit, soziale Erwünschtheit, Motivation.

## 2. Methodik

### 2.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe wird gebildet von allen in den Jahren 1983 und 1984 auf der Kriseninterventionstation des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie aufgenommenen Patienten mit der Abschlußdiagnose einer kurzdauernden oder längerdauernden depressiven Reaktion (Bronisch, in Vorbereitung).

Nach Anwendung der folgenden Ausschußkriterien, sowie nach Abzug der neutralen Ausfälle blieb eine Stichprobe von 76 Patienten übrig:

Ausschußkriterien: keine deutsche Staatsangehörigkeit  
Verweildauer auf der Station  
< 4 Tage  
Alter < 20 Jahre

#### 2.1.1 Überweisungsmodus

51% der Patienten wurden vom Krankenhaus München Schwabing übernommen, da das Max-Planck-Institut für Psychiatrie einen Versorgungsauftrag gegenüber diesem städtischen Krankenhaus hat. Die andere Hälfte der Patienten wurde von niedergelassenen Ärzten, der eigenen Poliklinik und anderen Kliniken überwiesen.

4% kamen ohne ärztliche Einweisung zur Aufnahme.

#### 2.1.2 Psychiatrische Vorgeschichte

25 (33%) der Patienten hatten vor Indexaufnahme eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. 6 Patienten davon berichteten von stationären Aufenthalten in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken.

### 2.1.3 Verweildauer; Zustand bei Entlassung

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten betrug 14,3 Tage. Nur zwei Patienten wurden von den behandelnden Ärzten als geheilt entlassen, zwei Drittel als gut, ein Drittel als wenig gebessert. Ein Patient hatte sich sogar gegenüber der Aufnahme verschlechtert.

Zwei Drittel der Patienten wurden in ambulante nervenärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung vermittelt.

Knapp ein Drittel wurde von den behandelnden Ärzten für nicht weiter behandlungsbedürftig gehalten oder an den Hausarzt zur weiteren Betreuung überwiesen.

### 2.1.4 Biosoziale und soziographische Charakteristika (siehe Tab. 2.1)

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 34,5 Jahren, mit der Hälfte der Patienten in der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren.

Bei der Geschlechterverteilung zeigte sich ein deutliches Überwiegen der Frauen (78%) gegenüber den Männern (22%). Beim Familienstand fällt der hohe Anteil lediger und geschiedener/getrennter Patienten auf. Nur 37% der Stichprobe sind verheiratet, im Vergleich zu 84% verheirateter Personen einer vergleichbaren Altersgruppe der Normalbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Die soziale Schicht wurde nach Treiman (Pappi 1979) erfaßt. Der Prestigescore nach Treiman (Pappi 1979) erfaßt keine abgegrenzten Klassen, sondern gibt einen Prestigewert von 18 - 78 an, wobei 18 den niedrigsten Wert darstellt (ungelernter Arbeiter) und 78 den höchsten Wert (Universitätslehrer, Hochschullehrer).

Bei einem Vergleich der Patientengruppe mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe fand sich eine weitgehende Übereinstimmung. Lediglich bei akademischen Be-

Tab.: 2.1

Biosoziale und soziodemographische Charakteristik

|                       |                       | N = 76                                 |      |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------|------|
|                       |                       | Depressive Reaktion<br>(ICD-9 309.0/1) |      |
| <u>Alter:</u>         | 20 - 29 Jahre         | 34                                     | 45%  |
|                       | 30 - 39 Jahre         | 15                                     | 20%  |
|                       | 40 - 49 Jahre         | 21                                     | 28%  |
|                       | 50 - 59 Jahre         | 5                                      | 7%   |
|                       | ≥ 60 Jahre            | 1                                      | 1%   |
|                       | $\bar{x}$ s           | 34.5                                   | 10.4 |
| <u>Geschlecht:</u>    | männlich              | 17                                     | 22%  |
|                       | weiblich              | 59                                     | 78%  |
| <u>Familienstand:</u> | ledig                 | 30                                     | 39%  |
|                       | verheiratet           | 28                                     | 37%  |
|                       | geschieden/getrennt   | 16                                     | 21%  |
|                       | verwitwet             | 2                                      | 3%   |
| <u>Berufsstand:</u>   | ganztätig berufstätig | 47                                     | 62%  |
|                       | halbtags berufstätig  | 6                                      | 8%   |
|                       | in Ausbildung         | 5                                      | 6%   |
|                       | arbeitslos            | 4                                      | 5%   |
|                       | berentet              | 1                                      | 1%   |
|                       | Hausfrau              | 11                                     | 14%  |
|                       | anderes               | 2                                      | 3%   |

rufen (Prestigescore 76 - 78) ist ein Überwiegen der Patientengruppe gegenüber der Bevölkerungsstichprobe festzustellen.

Diese biosozialen und soziodemographischen Charakteristika entsprechen eher der Gruppe der Parasuizidenten (Kockott u.M. 1970; Kurz u.M. 1982) als der allgemein depressiver Erkrankungen (Byod & Weissman 1982; Hirschfeld & Cross 1982).

#### 2.1.5 Diagnostische Einordnung

Die 76 Patienten der Stichprobe erfüllten die Kriterien der ICD für eine kurzdauernde (67%) oder eine längerdauernde (33%) Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-9: 309.0 und 309.1).

51% der Patienten waren nach einem Suizidversuch zur Indexaufnahme gekommen, 49% wiesen eine depressive Reaktion ohne Suizidversuch auf.

#### 2.2 Kontrollgruppe

(Wittchen & von Zerssen, in Druck)

Die erste Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erfolgte im Frühjahr 1974 und wurde im Auftrag des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie von Mitarbeitern der Infratest-Gesundheitsforschung durchgeführt. Die Auswahl der Befragungspersonen erfolgte durch eine mehrstufig-geschichtete Zufallsstichprobe. Zur Grundgesamtheit gehörten alle während des Befragungszeitraumes in der BRD und West-Berlin in Privathaushalten lebenden Personen im Alter von 20 - 64 Jahren. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 2.540 Personen einbezogen und 1.779 ausgewertet.

Für die zweite Untersuchung 1981 wurde aus personellen und Kostengründen eine Stichprobenziehung durchgeführt. In diese Stichprobenziehung wurden alle 207 auffälligen

Probanden der Erstuntersuchung gewählt, sowie von der Gruppe der Unauffälligen lediglich eine Zufallsstichprobe von 524 Personen (33,3% der ursprünglichen Stichprobe), sodaß die Gesamtstichprobe 731 Personen umfaßte. Diese Stichprobe war hinsichtlich der wesentlichen soziodemographischen Merkmale immer noch repräsentativ für die Grundgesamtheit. Von den 731 (100%) wurden 514 (72%) interviewt. 28% der Probanden hatten verweigert bzw. waren nicht auffindbar, verstorben, oder es handelte sich um neutrale Ausfälle.

Die Probanden, die mittels DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins u.M. 1981, II Version) eine psychiatrische Diagnose nach den RDC-Kriterien erhalten hatten, wurden einer klinisch-psychiatrischen Nachuntersuchung unterzogen. Als Fälle wurden alle Personen bezeichnet, die sowohl nach den Research Diagnostic Criteria (RDC) als auch in der psychiatrischen Nachuntersuchung eine positive psychiatrische Diagnose erhielten: Die Gruppe der unauffälligen Personen umfaßte 357 Probanden, auf die im Rahmen dieser Studie Bezug genommen wird. Eine Parallelisierung mit der zu untersuchenden Patientenstichprobe erfolgte hinsichtlich Alter, Geschlecht und Familienstand.

## 2.3      Instrumente

### 2.3.1    Social Interview Schedule (SIS)

Informationen über die sozialen Beziehungen der Patienten wurden mittels des Social Interview Schedule (SIS) gewonnen. Dieses Instrument wurde ursprünglich von Clare & Cairns (1978) in England entwickelt; die hier verwendete deutsche Fassung des englischen Originals erstellte Faltermaier (1982).

Beim SIS handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview das auf drei Ebenen folgende Bereiche des sozialen Lebens erfaßt:

Wohnen, Beruf/Arbeit/Hausarbeit; Einkommen, Freizeit; soziale Kontakte; häusliche Situation/Alleinleben; Ehe/Partner; Kindererziehung; Verwandte;

Die drei Ebenen umfassen:

- A) die objektiven Bedingungen (z.B. die Höhe des Einkommens)
- B) das "Social Management" (wie kommt der Proband z.B. mit den finanziellen Gegebenheiten zurecht)
- C) die Zufriedenheit des Probanden (z.B. mit dem ihm zur Verfügung stehenden Einkommen)

Rating: Die beiden ersten Dimensionen (objektive Bedingungen, Social Management) werden von den Interviewern auf 4-Punkte-Ordinal-Skalen beurteilt. Die dritte Dimension (Zufriedenheit) wird vom Probanden selbst eingeschätzt, wobei wiederum eine 4-Punkte-Ordinal-Skala vorgegeben ist: 1 = sehr zufrieden / 2 = zufrieden / 3 = unzufrieden / 4 = sehr unzufrieden.

Faltermaier u.M. (1985) führten eine Reliabilitätsstudie durch. Die Retest-Reliabilität lag im Gesamtdurchschnitt bei 78%. Dabei lag die Retest-Reliabilität in der dritten Ebene (Zufriedenheit) durchweg niedriger (bei 70%) als in den beiden anderen Ebenen (über 80%).

Der SIS ist ab dem 16. Lebensjahr anwendbar. Er erfordert einen Zeitaufwand von ca. 30 Minuten und sollte von einem trainierten Interviewer durchgeführt werden. Es existiert ein ausführliches Manual (Faltermaier u. Mitarbeiter 1982). Bezugszeitraum sind die letzten vier Wochen vor dem Interview.

Aus den 40 Items des gesamten Instruments wurden folgende Indices gebildet:

Index of Close Social Support (nach Surtees 1980)

- SIS-Item 22 -Vertrauter
- 24 -Nahe Verwandte
- 27 -Wohngruppe

Index of Diffuse Social Support (nach Surtees 1980)\*

- SIS-Item 5 -Arbeitskollegen
- 22 -Nachbarn
- 22 -Freunde/Bekannte

Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen

- SIS-Item 7 -Arbeitskollegen
- 23 -Freunde/Bekannte
- 27 -Nahe Verwandte
- 30 -Zusammenleben mit Erwachsenen (nicht mit dem Lebenspartner)
- 32 -Alleinleben
- 36 -Partner
- 37 -Sexualität
- 33 -kein fester Partner

Zufriedenheit mit allgemeinen Lebensumständen

- SIS-Item 4 -Arbeit
- 11 -Hausarbeit
- 13 -Rentner
- 14 -Behinderung
- 15 -Arbeitslosigkeit
- 11B-Wohnung
- 18 -Finanzen
- 21 -Freizeitaktivitäten
- 40 -Kindererziehung

Die vier Indices finden sich vollständig im Anhang.

\*Modifizierte Fassung von Surtees (1980): Die "Zugehörigkeit zu Parteien, Vereinen, Verbänden" wurde nicht erfragt, dafür wurde die "Kontakthäufigkeit mit Freunden und Bekannten" erfaßt.

### 2.3.2 Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale - IMPS (Lorr & Klett 1986)

Die IMPS ist ein psychopathometrisches Verfahren und soll die Ausprägung psychischer Normabweichung nach einem standardisierten Verfahren in Zahlenwerten erfassen. Die Normabweichung bei der psychopathologischen Beurteilung in der IMPS wird für die meisten Bereiche neunstufig, für die verbleibenden Bereiche fünf- und zweistufig durchgeführt. Insgesamt werden 90 Merkmale erfaßt. Der Vorteil der Skala liegt darin, daß in nicht-fachlicher Terminologie psychopathologische Sachverhalte beschrieben werden und somit das Instrument auch für in der Psychopathologie nicht speziell Ausgebildete anwendbar ist. Die Skala ist gut untersucht und für deutschsprachige Verhältnisse validiert und auf Reliabilität untersucht worden (Mombour u.M. 1973, Cairns u.M. 1983; Hiller u.M. im Druck). Referenzwerte liegen sowohl auf Symptom- als auch auf Syndromebene für verschiedene klinische Gruppen vor. Für Depressivität sind folgende Syndrome spezifisch: "anxious intropunitiveness" und "impaired functioning" (Hiller u.M. im Druck).

### 2.3.3 Beck-Depressions-Inventar - BDI (Beck u.M. 1961)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der vornehmlich die kognitiven Manifestationen depressiver Verstimmungen erfaßt. Es gibt ein quantitatives Maß depressiver Verstimmung wieder und kann täglich von den Patienten ausgefüllt werden. Das BDI wurde zunächst an einer randomisiert ausgewählten Stichprobestationärer psychiatrischer Patienten erprobt, wobei eine hohe Reliabilität und Validität erreicht wurde (Beck u.M. (1961)).

Das Instrument wird weltweit eingesetzt und bietet sich deshalb aus Gründen der Vergleichbarkeit als Forschungsinstrument an. Werte über 20 deuten auf eine depressive Verstimmung hin.

mung von erheblicher Ausprägung hin, wie sie bei stationär behandlungsbedürftigen depressiven Patienten regelmäßig zu finden ist.

#### 2.3.4 Paranoid-Depressivitätsskala - PDS (von Zerssen, 1977)

Die PDS umfaßt 43 Items, die in Parallelformen vorliegen. Sie erfaßt das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch eine ängstlich-depressive Gestimmtheit (D) sowie eine davon zu unterscheidende kognitive Dimension (P) im Sinne von Mißtrauenshaltung und Realitätsfremdheit. Außerdem enthält sie eine Skala zur Messung der Krankheitsverleugnung sowie drei Items zur Beurteilung der Motivation. Die gestellten Fragen sind vollständig zu beantworten. Die Paralleltest-Reliabilität der einzelnen Faktoren liegt zwischen 0.78 und 0.85, die Validität kann über Korrelation der Depressionsskalenwerte mit dem Kriterium der Zugehörigkeit zu einer Gruppe depressiv verstimmter Patienten als hoch beurteilt werden. Darüber hinaus liegen Standardwerte aus einer repräsentativen Bevölkerungsuntersuchung vor, sowie Referenzwerte für verschiedene klinische Gruppen und körperlich Kranke. Auch diese Skala gehört zur Routine-Befunddokumentation der Klinischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie.

#### 2.3.5 Prämorbides Persönlichkeitsinventar - PPI (von Zerssen, 1982)

Das PPI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung verschiedener Aspekte der Persönlichkeit unter Betonung prämorbidier Aspekte. Es enthält sechs in verschiedenen Studien validierte Subskalen:

- a) Extraversion
- b) Frustrationsintoleranz
- c) Selbstunsicherheit
- d) Schizoidie
- e) Ordentlichkeit
- f) Skala zur Erfassung von Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit

Die Konstruktion dieser Skalen wurde empirisch aufgrund der Ergebnisse eines größeren "Skalenpools" durchgeführt (von Zerssen 1982). Die Ursprungsskalen waren an verschiedenen psychopathologisch relevanten Konzepten zur Persönlichkeit unter Berücksichtigung prämorbidier Persönlichkeitszüge orientiert. Dabei wurde unter anderem Bezug genommen auf psychoanalytische und experimentalpsychologische Konstrukte, wie z.B. das der Extraversion und des Neurotizismus (von Zerssen 1979).

#### 2.4 Zur statistischen Auswertung

Zur Auswertung der Daten wurden neben rein deskriptiven Verfahren (Mittelwerte, Mediane, Streuungen, Boxplots, Korrelationen) je nach Datenqualität unterschiedliche interferenzstatistische Verfahren verwendet (Wilcoxon-Test, U-Test). Wegen der je nach Variablenbereich unterschiedlichen Skalenqualität der Variablen wurden z.T. parametrische und nicht-parametrische Analyseverfahren verwendet, um mögliche Ergebnisverzerrungen bei Verletzung der mathematischen Voraussetzungen einzelner statistischer Verfahren zu prüfen. Bei voneinander abweichenden Einzelergebnissen wurde jeweils das härtere "Kriterium" der nicht-parametrischen Analyse angeführt, da nur wenige Daten annäherungsweise die Voraussetzungen einer Normalverteilung erfüllten.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Social Support und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (siehe Tab. 3.1)\*

Der Index of Close Social Support korreliert sehr hoch mit dem Index Vertrauensbeziehung (0.72,  $p < 0.001$ ) und niedriger, aber immer noch deutlich mit dem Index of Diffuse Social Support (0.29,  $p < 0.05$ ). Entsprechend korreliert auch der Index Vertrauensbeziehung mit dem Index Diffuse Social Support (0.34,  $p < 0.01$ ).

Zusammenhänge für Social Support- und Zufriedenheitswerte fanden sich für Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und Close Social Support (0.31,  $p < 0.01$ ). Wurde die Zufriedenheit mit der Partnerbeziehung aus dem Zufriedenheitswert herausgenommen, korrelierte sowohl der Index of Close Social Support als auch der Index Vertrauensbeziehung mit der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen. Die beiden Werte für die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen, d.h. einmal mit, einmal ohne Berücksichtigung der Beziehung zum Lebenspartner, korrelierten hoch und hoch signifikant (0.86,  $p < 0.001$ ) untereinander.

Während die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (mit und ohne Berücksichtigung der Partnerbeziehung) signifikant mit dem allgemeinen Zufriedenheitswert korreliert (0.35,  $p < 0.01$ /0.27,  $p < 0.05$ ), fand sich für keinen der Social Support-Werte ein Zusammenhang mit der Zufriedenheit allgemein.

\*Tabelle 3.1 zeigt die Korrelation von Social Support-Beziehungen und Zufriedenheitswerten (SIS).

ns= nicht signifikant; \*\*\* = p 0.1%; \*\* = p 1%; \* = p 5%

|                                                                | 1.     | 2.    | 3. | 4.     | 5.   | 6. |
|----------------------------------------------------------------|--------|-------|----|--------|------|----|
| 1. Vertrauensbeziehung                                         | 1      |       |    |        |      |    |
| 2. Close Social Support                                        | .72*** | 1     |    |        |      |    |
| 3. Diffuse Social Support                                      | .34**  | .29*  | 1  |        |      |    |
| 4. Zufriedenheit mit d. soz. Bez.                              | ns     | .31** | ns | 1      |      |    |
| 5. Zufriedenheit mit d. soz. Bez.<br>ohne die Partnerbeziehung | .23*   | .37** | ns | .86*** | 1    |    |
| 6. Zufriedenheit allgemein                                     | ns     | ns    | ns | .35**  | .27* | 1  |

### 3.2 Social Support und Depressivität

#### 3.2.1 Social Support bei reaktiver Depression im Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe

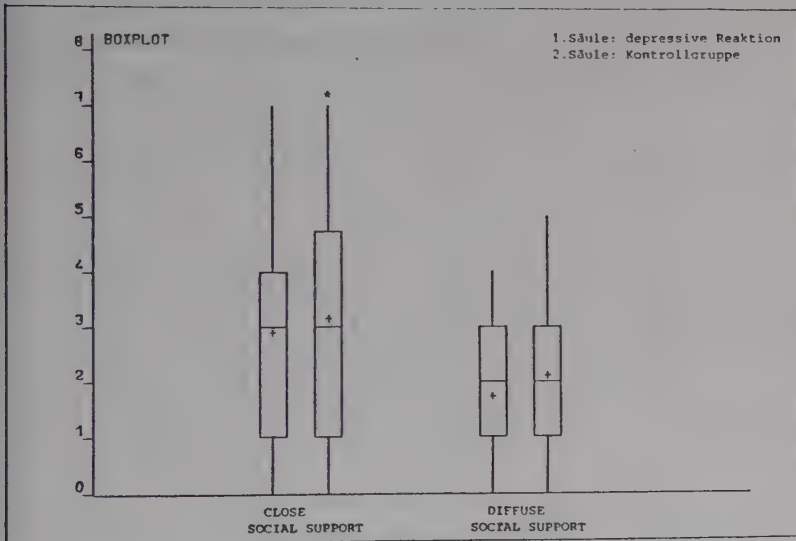
Bei einem Vergleich der Patientengruppe mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ergaben sich für den Index Close Social Support bei den beiden Gruppen unterschiedlich hohe Werte (siehe Abb. 3.1). Auf dem Signifikanzniveau von  $p < 0.01$  erzielten die Patienten höhere Werte als die Probanden der Bevölkerungsstichprobe, d.h. den Patienten stand weniger Social Support durch enge Beziehungen zur Verfügung.

Hinsichtlich des Index Diffuse Social Support fanden sich keine Unterschiede.

Die Ergebnisse werden mittels eines Boxplot dargestellt. Innerhalb der "Box" befinden sich 50% der Werte des jeweiligen Samples, der Querstrich gibt den Median an. Outlier wurden in Abhängigkeit von der Streuung (Boxlänge) definiert.

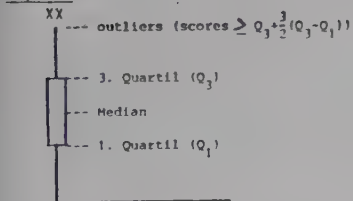
Abb. 3.1

Das "Social Support"-System von depressiven Reaktionen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe (N=76)



\*  $p < 0.05$  (U-Test)

Legende:



### 3.2.2 Social Support und der Ausprägungsgrad der depressiven Verstimmung bei Patienten mit depressiver Reaktion

Während sich also die gesamte Gruppe gegenüber einer Kontrollgruppe hinsichtlich ihres verfügbaren Social Support unterschied, fand sich für den Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik und die Höhe des verfügbaren Social Support kein einheitlicher Zusammenhang (siehe Tab. 3.2).

Von den drei zur Erfassung der depressiven Verstimmung verwendeten Instrumenten korrelierten nur die Werte der IMPS-Skala mit Social Support-Indices.

Der mit der IMPS-Skala erhobene Ausprägungsgrad depressiver Symptomatik korreliert signifikant mit zwei der drei Social Support-Indices. Erwartungsgemäß korreliert der Index of Close Social Support mit Depressivität ( $0.26, p < 0.05$ ), während sich für den Index of Diffuse Social Support kein Zusammenhang mit der depressiven Verstimmung findet. Das Vorhandensein und die Qualität einer Vertrauensbeziehung korreliert sogar noch höher als der Index of Close Social Support mit den Depressivitäts-Werten der IMPS-Skala ( $0.345, p < 0.01$ ).

### 3.3 Allgemeine Zufriedenheit und Depressivität

Zwischen den Zufriedenheitswerten und dem Ausprägungsgrad depressiver Symptomatik fanden sich deutliche, relativ hohe Korrelationen. Am höchsten korrelierte die allgemeine Zufriedenheit mit den Werten des BDI ( $0.57, p < 0.001$ ) und der PDS ( $0.63, p < 0.001$ ). Aber auch die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (Freunde, Verwandte, Arbeitskollegen, Lebenspartner) zeigte deutliche Zusammenhänge mit der depressiven Symptomatik (IMPS:  $0.27, p < 0.05$ ; PDS:  $0.04, p < 0.001$ ; BDI:  $0.45, p < 0.001$ ).

Da es sich bei der untersuchten Patientengruppe zum großen Teil um Krisensituationen aufgrund von Partnerschaftskon-

flikten handelt, wurde die Zufriedenheit mit der Partnerbeziehung in einer zweiten Berechnung nicht mit berücksichtigt. Gemessen wurde die Zufriedenheit mit den übrigen sozialen Beziehungen. Auch hier fand sich ein Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und Zufriedenheits-Werten (IMPS:0.27,  $p < 0.05$ ; BDI:0.30,  $p < 0.05$ ).

### 3.4 Prämorbidie Persönlichkeitszüge und Social Support

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen verfügbarem Social Support und übergeordneten Persönlichkeitsfaktoren zu untersuchen, wurden Social Support-Indices und Persönlichkeitsfaktoren des PPI in Beziehung gesetzt.

Nur der Faktor "Frustrations-Intoleranz" korrelierte mit Social Support-Indices, wobei die Korrelation Frustrations-Intoleranz/Close Social Support relativ hoch lag (0.35,  $p < 0.01$ ), während die Korrelationen Frustrations-Intoleranz/Vertrauensbeziehung und Frustrations-Intoleranz/Diffuse Social Support das Signifikanzniveau von  $p < 0.05$  nicht erreichten.

Entgegen der Hypothese konnte kein Zusammenhang zwischen Social Support-Indices und dem Persönlichkeitsfaktor Extraversion gefunden werden.

Der Persönlichkeitszug Frustrations-Intoleranz korrelierte weiterhin hoch signifikant mit der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (0.38,  $p < 0.001$ ) und der Zufriedenheit allgemein (0.30,  $p < 0.001$ ). Bei Verwendung des Wertes für die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen - ohne Berücksichtigung der Beziehung zum Lebenspartner - sank das Signifikanzniveau auf  $p < 0.05$  ( $r = 0.29$ ).

Tabelle: 3.2

Zusammenhänge (  $p < 0.5\%$  ) von Social Support- und Zufriedenheits-Indices mit psychopathologischen Merkmalen und Persönlichkeitszügen (  $N = 76$  )  
 ns= nicht signifikant; \*\*\*  $p < 0.1\%$ ; \*\*  $p < 1\%$ ; \*  $p < 5\%$

|                   | Social Support           |                       |                      | Zufriedenheit                                |                                                                     |                            |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                   | Vertrauens-<br>beziehung | Close Soc.<br>Support | Diffuse<br>Soc. Sup. | Zufriedenheit<br>mit den soz.<br>Beziehungen | Zufriedenheit<br>mit d. soz. Bez.<br>ohne die Part-<br>nerbeziehung | Zufriedenheit<br>allgemein |
| IMPS              | .345**                   | .26*                  | ns                   | .27*                                         | .27*                                                                | ns                         |
| PDS               | ns                       | ns                    | ns                   | .40***                                       | ns                                                                  | .63***                     |
| BDI               | ns                       | ns                    | ns                   | .45***                                       | .30*                                                                | .57***                     |
| Extraversion      |                          |                       |                      |                                              |                                                                     |                            |
| PPI               | ns                       | ns                    | ns                   | ns                                           | ns                                                                  | ns                         |
| Frust. Intoleranz |                          |                       |                      |                                              |                                                                     |                            |
|                   | ns                       | .35**                 | ns                   | .38***                                       | .29*                                                                | .30**                      |

#### 4. Diskussion

Epidemiologische Studien bezüglich depressiver Erkrankungen (Boyd & Weissman 1982; Hirschfeld & Cross 1982) gehen von einer Zahl zwischen 6 und 10% der Bevölkerung aus, die im Verlauf eines Jahres an längerdauernden Depressionen leiden. Unter dieser hohen Zahl, von der nur ein Bruchteil je in psychiatrisch stationäre Behandlung gelangt, sind sicherlich viele Patienten mit einer depressiven Reaktion zu finden.

Voraussetzung für die Diagnose "depressive Reaktion" ist der nachfühlbare oder verstehbare Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und belastendem Ereignis oder belastenden Lebensumständen, wobei jedoch die depressive Symptomatik Krankheitswert erreichen bzw. "normale" depressive Verstimmungen überschreiten muß. Es ist offensichtlich, daß für die Entwicklung einer depressiven Reaktion außer einer akuten oder chronischen Belastung weitere ätiologisch bedeutsame Faktoren vorhanden sein müssen, da andernfalls alle von einer schwerwiegenden Belastung betroffenen Individuen eine depressive Reaktion entwickeln würden. Als Vulnerabilitätsfaktoren kommen in Frage: biologisch/genetische, entwicklungsgeschichtliche Faktoren und der psychosoziale Kontext, in dem die Belastung auftritt.

Nachdem die Diagnose einer depressiven Reaktion mit häufig auftretenden oder längerdauernden depressiven Verstimmungen vor dem belastenden Ereignis nicht vereinbar ist, dies aber bei biologisch/genetischer und entwicklungsgeschichtlicher Disposition zu depressiven Erkrankungen wahrscheinlich wäre, sind die genannten Faktoren wahrscheinlich in geringerem Ausmaß an der Ätiologie beteiligt als der wechselnde psychosoziale Kontext. Einen wesentlichen Teil dieses "psychosozialen Kontextes" bilden die Interaktionen zwischen dem Individuum und den Mitgliedern seines sozialen Beziehungsnetzes.

In der Literatur (siehe Teil A) finden sich zahlreiche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einem Defizit an Social Support und depressiven Erkrankungen. Allgemein wird ein kausaler Zusammenhang, mit Social Support als unabhängiger, und der depressiven Verstimmung als abhängiger Variablen angenommen (Billings & Moos 1982 a; Lin & Ensel 1984; Surtees 1980;). Besteht ein kausaler Zusammenhang in dieser Richtung, so müßte er bei Patienten mit depressiver Reaktion aufgrund der - angenommenen - Zusammensetzung der ätiologischen Faktoren (siehe oben) deutlicher zum Ausdruck kommen als bei endogen oder neurotisch depressiven Patienten.

In der Literatur wird besonders die Bedeutung des Social Support durch enge Beziehungen und die Wichtigkeit einer Vertrauensbeziehung hervorgehoben (Brown u.M. 1975; Winefield 1979; Surtees 1980; Costello 1982; Lin & Ensel 1984). Das Ereignis, das am häufigsten bei an sich unauffälligen Personen zu einer Krisensituation und Aufnahme in eine Kriseninterventionsstation führt, ist der Partnerschaftskonflikt. Caplan (1974) weist darauf hin, daß der Charakter der Beziehung zwischen informellem Helfer und "Klient" von entscheidender Bedeutung für die Wirkung der angebotenen Hilfe ist. In diesem Sinne wäre es denkbar, daß vor allem das Fehlen einer Vertrauensbeziehung ein ätiologisch bedeutsamer Faktor in der Genese der depressiven Reaktion ist.

"Unzufriedenheit" ist für depressive Verstimmungen geradezu charakteristisch. Henderson u.M. (1981) hat in seinen großzahligen epidemiologischen Studien vor allem einen Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad depressiver Symptomatik und der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen gefunden. Um eine Begriffsverwirrung zwischen verfügbarem Social Support und der Zufriedenheit damit zu vermeiden, sollten diese beiden Faktoren, soweit es möglich ist, getrennt untersucht werden.

Social Support wird nicht nur von der Umwelt an das Individuum herangetragen, er setzt auch voraus, daß das Individuum

die Bereitschaft und Fähigkeit besitzt, soziale Beziehungen aufzubauen und zu unterhalten (Kane u.M. 1984). Somit wäre auch denkbar, daß sowohl die Disposition eine depressive Reaktion zu entwickeln, als auch die Unfähigkeit Social Support-Systeme zu unterhalten, von übergeordneten Persönlichkeitsfaktoren beeinflußt ist.

#### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

Wie dem Ergebnisteil zu entnehmen ist, konnten einige Hypothesen bestätigt, andere nicht unterstützt werden. Auffällig sind vor allem die divergenten Ergebnisse bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Social Support und Depressivität.

Während die IMPS-Werte mit Social Support-Indices korrelierten, fand sich für das Beck-Depression-Inventory und die Werte der Paranoid-Depressivitäts-Skala kein Zusammenhang mit Social Support-Werten.

Obwohl zwei der drei Depressivitätsbestimmungen nicht mit Social Support-Indices korrelieren, sprechen zwei Argumente dagegen, daß bei der untersuchten Patientengruppe kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Parametern besteht:

1. Die gesamte Patientengruppe unterscheidet sich hinsichtlich des "Close Social Support" von einer unauffälligen Kontrollgruppe;
2. das Beck-Depression-Inventory erfaßt depressive Symptome unabhängig von der diagnostischen Einteilung. In zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen, unter deren "Fällen" sich sicher ein beträchtlicher Anteil reaktiv depressiv Erkrankter befand, korrelierten die Werte des BDI signifikant mit Social Support-Indices.

Es gibt jedoch eine mögliche Erklärung für die divergenten Ergebnisse:

Da es sich bei dem BDI und der PDS um Selbstbeurteilungsfragebögen handelt, bei der IMPS jedoch um einen Fremdbeurteilungsbogen, liegt die Vermutung nahe, daß es sich um unterschiedliche Ratingmethoden handelt. Vor allem bei den Patienten, die nach einem Suizidversuch zur Aufnahme kamen, ist es wahrscheinlich, daß zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Fragebögen - BDI und PDS - der Gipfel der depressiven Verstimmung bereits überschritten war. Es ist daher möglich, daß sich die Patienten zu positiv bewerteten, da sie als Vergleich den "Krisentag" heranziehen, während die Interviewer die zurückliegende Krisensituation mit in ihr Rating einbeziehen.

Der Index Close Social Support setzt sich zusammen aus den Items "Vertrauensbeziehung", "Wohngruppe" und "Beziehungen zu nahen Verwandten". Der Index Close Social Support korreliert geringer mit den IMPS-Werten als der isolierte Item "Vertrauensbeziehung". Dies spricht für eine geringe bzw. unspezifische Aussagekraft der Items "Wohngruppe" und/oder "Beziehung zu nahen Verwandten". Knapp die Hälfte der Patienten gab Schwierigkeiten mit dem Lebenspartner als Ursache der depressiven Verstimmung an. Die Vermutung liegt nahe, daß in diesem Fall das Zusammenleben mit dem Lebenspartner, das zu einem hohen Social Support-Wert bei dem Item "Wohngruppe" führt, nicht einen protektiven, sondern wohl eher einen belastenden Faktor darstellt. In der Untersuchung von Surtees (1980) fand sich für den Item "Beziehungen zu nahen Verwandten" keine signifikante Korrelation mit den Depressivitätswerten der Hamilton Rating Scale (Hamilton 1960). Diese Korrelation wurde hier nicht gesondert berechnet, aber da der Item "Vertrauensbeziehung" so außerordentlich hoch mit dem Index "Close Social Support" korreliert, kann man davon ausgehen, daß die Bedeutung des Items "Beziehungen zu nahen Verwandten" von geringerem Ausmaß ist.

Insgesamt decken sich diese Ergebnisse mit der Literatur, in der der Unterstützung durch eine Vertrauensbeziehung (bzw. enge emotionale Beziehungen) das größte Gewicht beigemessen wird (Brown u.M. 1975; Winefield 1979; Lin u.M. 1979).

Surtees 1980; Solomon 1985).

Anders als in der Studie von Surtees (1980) fand sich eine Korrelation zwischen den beiden Indices Close und Diffuse Social Support. Das spricht dafür, daß hier etwas Gemeinsames gemessen wird. Möglicherweise hängen die divergenten Ergebnisse damit zusammen, daß sich der Index Diffuse Social Support, der in dieser Studie verwendet wurde, von dem bei Surtees (1980) verwendeten in einem Item unterscheidet: Statt des Items "Teilnahme an Veranstaltungen von Kirche, Clubs, Vereinen" wurde ein Item "Kontakt mit Freunden und Bekannten" eingefügt. Da der Index nur aus drei Items besteht, ist der Einfluß eines einzelnen Items nicht zu vernachlässigen.

Während die Social Support-Werte nur mit der IMPS-Skala korrelierten, fanden sich für die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen hohe und hochsignifikante Korrelationen mit allen drei Depressivitätsskalen. Das gleiche gilt für die allgemeine Zufriedenheit. Außerdem korreliert die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen nur relativ gering mit dem verfügbaren Social Support. Diese Ergebnisse bestätigen, daß es wichtig ist, die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen von der Erfassung des verfügbaren Social Support zu trennen (Henderson u.M. 1981).

Zwar korrelieren sowohl allgemeine Zufriedenheit und die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen hoch mit den Depressivitätswerten, jedoch nur relativ gering untereinander. Dies widerspricht der Annahme, daß die Unzufriedenheit mit den sozialen Beziehungen vor allem auf eine generelle Neigung depressiver Patienten zur Unzufriedenheit zurückzuführen ist (Henderson 1984). Da der Patientengruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe auch weniger Social Support zur Verfügung steht, beruht die Unzufriedenheit mit den sozialen Beziehungen zumindest teilweise auf einem realen Defizit an sozialen Beziehungen.

Wie Kane u.M. (1984) betonen, hängt die Höhe des verfügbaren Social Support nicht nur von der sozialen Umgebung, sondern ebenso sehr von der Fähigkeit des Individuums ab, stüt-

zende Beziehungsnetze aufbauen und unterhalten zu können. Diese Fähigkeit ist sicher z.T. abhängig von der Persönlichkeitsstruktur. So wird beispielsweise ein starrer, introvertierter Mensch größere Kontaktschwierigkeiten haben, als eine Person mit nach außen orientiertem, offenen Verhalten. In der psychoanalytischen Literatur wird depressiven Patienten häufig eine "oral or dependent personality" zugeschrieben (Chodoff 1972). Hirschfeld u.M. (1983) untersuchten unipolar depressive Frauen mit einer Reihe von "selfreported personality inventories". Die depressiven Frauen waren im Vergleich zu einer unauffälligen Kontrollgruppe mehr introvertiert, unterwürfig und passiv, und von überdurchschnittlicher zwischenmenschlicher Abhängigkeit.

Es existieren zahlreiche Hinweise auf den Zusammenhang zwischen einem Defizit an Social Support und Depressivität (siehe Teil A, Kap.3). Wie schon in der Einleitung angedeutet, wäre es demnach durchaus denkbar, daß bestimmte übergeordnete Persönlichkeitsfaktoren sowohl zu depressiven Erkrankungen disponieren als auch zu Social Support-Defiziten beitragen.

Außer für den Persönlichkeitszug Frustrationsintoleranz konnte in dieser Studie jedoch kein Zusammenhang zwischen Social Support bzw. Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und bestimmten Persönlichkeitszügen gefunden werden. Dies steht im Gegensatz zur Untersuchung von Sarason u.M. (1983), in der "Neurotizismus" mit der Zufriedenheit mit den supportiven Beziehungen und "Extraversion" mit der Zahl der supportiven Beziehungen korrelierten. Leider existiert darüberhinaus keine Literatur zu dieser speziellen Problematik, sodaß eine vergleichende Beurteilung der Ergebnisse nicht möglich ist.

#### 4.2 Zusammenfassung

Zur Untersuchung kamen 76 konsekutiv aufgenommene Patienten der Kriseninterventionsstation des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, die die Kriterien der ICD-9 für eine kurz-dauernde oder längerdauernde Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-9 : 309.0/309.1) erfüllten. Als Kontrollgruppe diente eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe. Die depressive Symptomatik wurde mit drei verschiedenen Instrumenten untersucht: Beck-Depressions-Inventar - BDI (Beck u.M. 1961); Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale - IMPS (Lorr & Klett 1966); Paranoid-Depressivitätsskala - PDS (von Zerssen 1976).

Die Erfassung des Social Support-Systems der Patienten erfolgte mittels des Social Support-Index (nach Surtees 1980). Darüber hinaus wurden einige Items aus der Dimension "Satisfaction" der SIS (Social Interview Schedule, Faltermaier 1982) zur Einschätzung der Zufriedenheit der Patienten mit ihren sozialen Beziehungen herangezogen.

Die Persönlichkeitsstruktur wurde mit dem Prämorbidem Persönlichkeitsinventar - PPI (von Zerssen 1982) untersucht.

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

Die untersuchte Gruppe von Patienten wies im Vergleich mit einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ein Defizit im Bereich des Close Social Support (nach Surtees 1980) auf. Der Ausprägungsgrad der depressiven Verstimmung korrelierte hingegen nur bei den mit der IMPS-Skala erhobenen Werten mit dem verfügbaren Social Support. Ein Ergebnis, das sich möglicherweise auf die Diskrepanz zwischen Fremd- und Eigenrating zurückführen läßt.

Die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen ist deutlich mit dem Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik und nur gering, aber signifikant, mit dem verfügbaren Social Support korreliert. Weiterhin korrelieren allgemein Zufriedenheit und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen nur relativ

gering miteinander. Das heißt, die Unzufriedenheit der depressiven Patienten mit ihren sozialen Beziehungen beruht wahrscheinlich teils auf einem realen Defizit, teils ist sie Folge und Ausdruck der depressiven Verstimmung.

Von den zahlreichen Persönlichkeitsfaktoren des PPI korrelierte nur der Faktor "Frustrations-Intoleranz" mit den Social Support-Indices und der Zufriedenheit. Dieser Persönlichkeitszug ist bei den untersuchten Patienten mit depressiver Reaktion überdurchschnittlich hoch repräsentiert. Möglicherweise ist dies mit Ursache des gefundenen Defizits an Close Social Support bei der Patientengruppe.

ANHANG

SOCIAL SUPPORT INDEX (nach Surtees 1980)

Index of close social support

1. Rating einer vertrauensvollen Beziehung

(SIS Item 22 -Vertrauter)

- 0 = ein Vertrauter ist vorhanden, der Pb. vertraut ihm fast alles an, das Vertrauen besteht gegenseitig, der Vertraute wird mindestens 2 mal pro Woche getroffen.
- 1 = ein Vertrauter ist vorhanden, der Pb. vertraut ihm fast alles an, das Vertrauen besteht gegenseitig, der Vertraute wird mindestens 1 mal pro Woche getroffen.
- 2 = a) ein Vertrauter ist vorhanden, der Pb. vertraut ihm fast alles an, das Vertrauen besteht gegenseitig, die Häufigkeit des Treffens ist jedoch irrelevant (weniger als 1 mal pro Woche).  
b) ein Vertrauter ist vorhanden, der Pb. vertraut ihm fast alles an, die Vertrauensbeziehung besteht aber nicht gegenseitig (nur vom Probanden zum Vertrauten, nicht umgekehrt); die Häufigkeit des Treffens ist wieder irrelevant.
- 3 = ein Vertrauter ist vorhanden, aber keine Partei vertraut der anderen sehr viel an (teilweises Vertrauen) - die Häufigkeit des Treffens ist irrelevant.
- 4 = kein Vertrauter vorhanden

2. Rating des Kontakts mit nahen Verwandten

(SIS Item 24 -Nahe Verwandte)

- 0 = der Pb. besuchte oder wurde von einem nahen Verwandten mindestens 10 mal in den letzten 3 Monaten vor dem Interview besucht.
- 1 = wie oben (0), nur war die Besuchshäufigkeit mindestens 4 - 9 mal in den letzten 3 Monaten.
- 2 = wie oben (0), nur war die Besuchshäufigkeit mindestens 1 - 3 mal in den letzten 3 Monaten.
- 3 = keine Besuche gemacht oder erhalten oder es ist kein naher Verwandter vorhanden.

### 3. Rating der Wohngruppe (living group)

(SIS Probes nach Item 27 oder BM/SD Item 6-10)

- 0 = Pb. lebt zusammen mit dem Ehegatten oder mit einem festen Partner
- 1 = Pb. lebt zusammen mit einem nahen Verwandten
- 2 = Pb. lebt zusammen (in einem Haushalt) mit anderen (als obigen unter 0 und 1) Erwachsenen, z.B. als Untermieter, in einer Wohngemeinschaft, einem Heim einer Klinik (s. SIS-Manual, Item 28)
- 3 = Pb. lebt allein oder nur zusammen mit Kindern unter 18 Jahren.

### Index of diffuse social support

#### 4. Rating des Kontaktes mit Arbeitskollegen

(SIS Item 5 -Arbeitskollegen)

- 0 = Pb. steht in regelmäßigem Kontakt mit mindestens einer Person am Arbeitsplatz, hat mit mindestens einem Kollegen eine freundschaftliche Beziehung, trifft mindestens einen regelmäßig auch außerhalb der Arbeitsstunden.
- 1 = Pb. steht in regelmäßigem Kontakt zu mindestens einer Person am Arbeitsplatz und hat mit mindestens einem Kollegen auch freundschaftliche (=friendly) Beziehung.  
Aber: Pb. trifft keinen Kollegen regelmäßig außerhalb der Arbeitsstunden
- 2 = Pb. steht in keinem regelmäßigen Kontakt zu mindestens einer Person am Arbeitsplatz  
oder  
Pb. hat keine freundschaftliche (=friendly) Beziehung zu mindestens einer Person  
oder  
Pb. arbeitet nicht, ist arbeitslos, oder hat keinen Kollegen am Arbeitsplatz (Definition Kollege siehe Item 5).

5. Rating des Kontaktes mit Nachbarn

(SIS Item 22 -Nachbarn)

0 = der Pb. steht in regelmäßigem Kontakt mit mindestens einem Nachbarn und kommt gut mit diesem aus.

1 = der Pb. hat keinen solchen Nachbarschaftskontakt

6. Rating des Kontaktes zu Freunden/Bekannten (außer Vertrauten)

(SIS Item 22 -Freunde/Bekannte)

0 = der Pb. hat mindestens 2 Freunde oder Bekannte (außer Vertrauten, Verwandten, Arbeitskollegen, Nachbarn), von denen er einen mindestens einmal im Monat trifft.

1 = der Pb. hat keinen solchen (wie oben) Kontakt zu Freunden/Bekannten

Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen

- SIS Item 7 Wenn Sie jetzt Ihre Kontakte zu Ihren Arbeitskollegen insgesamt betrachten - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 23 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit Ihren Kontakten zu Freunden und Bekannten zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 27 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit dem Kontakt mit Ihren Eltern und nahen Verwandten zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 30 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit Ihrem Zusammenleben mit.....zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 32 Wenn Sie jetzt die Situation des Alleinlebens insgesamt betrachten - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 33 Wie zufrieden sind Sie damit, zur Zeit keinen festen Partner zu haben?
- SIS Item 36 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit Ihrer Ehe/Partnerschaft zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 37 In diesem Zusammenhang (Eheführung, Partnerschaft) möchte ich nur kurz Ihre sexuelle Beziehung zu Ihrem Partner ansprechen.  
Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie damit?

Zufriedenheit mit allgemeinen Lebensumständen

- SIS Item 4 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit Ihrer Arbeit/Ihrem Beruf (Ihrem Studium) zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 11 Wenn Sie jetzt alles, was mit Ihrer Situation als Hausfrau (Hausmann) zusammenhängt, betrachten - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 13 Wenn Sie sich jetzt Ihre Situation als Pensionierter/Rentner(in) vorstellen und dabei alle Vorteile und Nachteile in Betracht ziehen - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 14 Wenn Sie sich jetzt Ihre Situation als Behinderter vorstellen und dabei alle Vor- und Nachteile in Betracht ziehen - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 15 Wenn Sie sich jetzt Ihre Situation, arbeitslos zu sein, vorstellen und dabei alle Vor- und Nachteile in Betracht ziehen - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 18 Wenn Sie jetzt Ihre finanzielle Situation insgesamt betrachten - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 21 Wenn Sie jetzt Ihre Freizeitaktivitäten insgesamt betrachten - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?
- SIS Item 40 Wenn Sie jetzt alles in Betracht ziehen, was mit Ihrer Situation als Elternteil und Erzieher zusammenhängt - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?

SIS Item 11B Wenn Sie jetzt alles, was mit Ihrer Wohnung zusammenhängt, in Betracht ziehen - wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie dann damit?

Rating

|                  |     |
|------------------|-----|
| sehr zufrieden   | = 1 |
| zufrieden        | = 2 |
| unzufrieden      | = 3 |
| sehr unzufrieden | = 4 |

## LITERATURVERZEICHNIS

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders, ed. 3-DSM III. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Andreasen, N.C. and Hoenk, P.R. (1982). The Predictive Value of Adjustment Disorders: A Follow-Up Study. *Am J Psychiat.*, 139, 584-590.
- Aneshensel, C.S. Stone, J.D. (1982). Stress and Depression. A Test of the Buffering Model of Social Support. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 1392-1396.
- Antonucci, T.C. Depner, C.E. (1982). Social Support and informal helping relationships. In: Wills, T.A. (ed) *Basic Processes in helping relationships*. Academic Press, New York, 233-254.
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barrera, M. (1981). Social Support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment Issues. In: Gottlieb, B.H. (ed) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Barrera, M. Sandler, I.N. Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *Am. J. of Comm. Psychology*, 9, 435-447.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper & Row, New York, Evanston, London.
- Beck, A.T. Ward, C.H. Mendelson, M. Mock, J. Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
- Billings, A.G. Cronkite, R.C. Moos, R.H. (1983). Social Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls. *J of Abnormal Psychology*, 92, 119-133.
- Billings, A.G. Moos, R.H. (1982a). Social Support and Functioning among Community and Clinical Groups: A Panel Model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-311.
- Billings, A.G. Moos, R.H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life events. *J of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A.G. Moos, R.H. (1982b). Psychosocial Theory and Research on Depression: An Integrative Framework and Review. *Clinical Psychology Review*, 2, 215-237.
- Billings, A.G. Moos, R.H. (1985a). Life Stressors and Social Resources Affect Posttreatment Outcomes Among Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.

- Billings, A.G. Moos, R.H. (1985b). Psychosocial Processes of Remission in Unipolar Depression: Comparing Depressed Patients With Matched Community Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 314-325.
- Blazer, D.G. (1983). Impact of late life depression on the social network. *American Journal of Psychiatry*, 140, 162-166.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds I. *Brit. J. Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds II. *Brit. J. Psychiatry*, 130, 421-431.
- Boyd, J.H. Weissman, M.M. (1981). Epidemiology of Affective Disorders. A Reexamination and Future Directions. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 1039-1046.
- Broadhead, W.E. Kaplan, B.H. James, S.A. Wagner, E.H. Schoenbach, V.J. Grimson, R. Heyden, S. Tibblin, G. Gehlbach, S.H. (1983). The Epidemiologic Evidence For A Relationship Between Social Support And Health. *Am. J. of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Bronisch, Th. (1986). Die depressive Reaktion. Klassifikation, Diagnostik und Pathogenese im Vergleich zu Normalpersonen und Patienten mit neurotischer Depression. *Habilitationsschrift*, München
- Brown, G.W. Bhrolchain, M.M. Harris, T.O. (1975). Social Class and Psychiatric Disturbance Among Women in an Urban Population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Brugha, T. Conroy, R. Walsh, N. Delaney, W. O'Hanlon, J. Dondero, E. Daly, L. Hickey, N. Bourke, G. (1982). Social Networks, Attachments and Support in Minor Affective Disorders: A Replication. *Brit. J. Psychiatr.*, 141, 249-255.
- Brüder Grimm (1963). *Kinder- und Hausmärchen ("Von der Unke")* München, 513.
- Cairns, V. Zerssen von, D. Stutte, K.H. Mombour, W. (1983). The Stability of the Symptom Groupings in the Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). *J. Psychiat. Res.*, 17, 19-28.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on Concept Development*. N.Y. Behavioral Publications.
- Caplan, G. Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help*. Grune & Stratton, New York.
- Chodoff, P. (1972). The depressive personality. *Arch Gen Psychiat.*, 27, 666.

- Clare, A. Cairns, V. (1978). Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine*, 8, 589-604.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, L.H. Mc Gowan, J. Fooskas, S. Rose, S. (1984). Positive Life Events and Social Support and the Relationship between Life Stress and Psychological Disorder. *American J of Community Psychology*, 12, 567-587.
- Cohen, S. Hoberman, H.M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *J of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Costello, C.G. (1982). Social factors associated with depression: a retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12, 329-339.
- Coyné, J.C. (1976). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Cutrona, C.E. (1984). Social Support and Stress in the Transition to Parenthood. *J of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.
- D'Arcy, C. Siddique, C.M. (1984). Social support and mental health among mothers of preschool and school age children. *Social Psychiatry*, 19, 155-162.
- Dean, A. Lin, N. (1977). The Stress-Buffering Role of Social Support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.
- Degkwitz, R. Helmchen, H. Kockott, G. Mombour, W. (Hrsg.) (1980). *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO: ICD, 9. Revision, Kap. V, Springer Berlin, Heidelberg, New York 5. Aufl.
- Derogatis, L.R. Lipman, R.S. Rickels, K. Uhlenhuth, E.H. Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions In: Pichot, P. (ed.) *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Modern Problems in Pharmacopsychiatry, Basel, 7.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual: Scoring administration and Procedures for the SCL-90*. John Hopkins University School for Medicine, Clinical Psychometric Unit Baltimore.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Administration Scoring and Procedures Manuale for the Revised Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. John Hopkins University School of Medicine 1977.

- Dressler, W. (1985). Extended family relationships, social support and mental health in a southern black community. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 39-49.
- Eckenrode, J. (1983). The Mobilization of Social Support: Some Individual Constraints. *American J of Community Psychology*, 11, 509-529.
- Endicott, J. Spitzer, R.L. (1978). A Diagnostic Interview The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 837-844.
- Faltermaier, T. (1983). Social Interview Schedule (2. Version). Max-Planck-Institut, Muenchen, unveroeffentlichtes Manual.
- Feighner, J.P.E. Robins, S.B. Guze, R.A. Woodruff, G. Winokur, R. Munoz (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch.Gen.Psychiat.*, 26, 57-63.
- Fiore, J. Becker, J. Coppel, D.B. (1983). Social Network Interactions: A Buffer or a Stress. *American J of Community Psychology*, 11, 423-437.
- Flaherty, J.A. Gaviria, F.M. Blyck, E.M. Altman, E. Mitchell, T. (1983). The Role of Social Support in the Functioning of Patients with Unipolar Depression. *American J of Psychiatry*, 140, 473-475.
- Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, New York.
- Gore, S. (1978). Effect of social support in moderating health consequences of unemployment. *Journal of health and social behavior*, 19, 157-165.
- Gottlieb, B.H. (1981). Social networks and social support. Beverly Hills, Sage Publications, 201-232.
- Habif, V.L. Lahey, B.B. (1980). Assessment of the Life Stress-Depression Relationship: the Use of Social Support as a Moderator Variable. *Journal of Behavioral Assessment*, 2, 167-173.
- Hällström, T. Persson, G. (1984). The Relationship of Social Setting to Major Depression. *Acta psychiatrica scandinavia*, 70, 327-336.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 23, 56 - 62.
- Hautzinger, M. (1985). Kritische Lebensereignisse, soziale Unterstützung und Depressivität bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 27-38.
- Hautzinger, M. Boenigk-Berghöfer, A. Thoms, G. (1982). Soziale Kontakte und Depressivität im Alter. *Aktuelle Gerontologie*, 12, 67-71.

- Hell, D. (1980). Die Sozial- und Familienbeziehungen Depressiver. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 48, 447-457.
- Heller, K. Amaral, T.M. Procidano, M.E. (1978). The experimental study of social support: An approach to understanding the indigenous helper. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Henderson, S. (1977). The Social Network, Support and Neurosis The Function of Attachment in Adult Life. *Brit. J. Psychiat.*, 131, 185-191.
- Henderson, S. (1984). Interpreting the evidence on social support. *Soc. Psychiatry*, 19, 49-52.
- Henderson, S. Byrne, D.G. Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the Social Environment*. Academic Press Sydney New York London Toronto San Francisco.
- Henderson, S. Duncan-Jones, P. McAuley, H. (1978). The Patient's Primary Group. *Brit. J. Psychiat.*, 132, 74-86.
- Henderson, S. Moran, P.A.P. (1983). Social Relationships During the Onset and Remission of Neurotic Symptoms A Prospective Community Study. *Brit. J. Psychiat.*, 143, 467-472.
- Hertsgaard, D. Light, H. (1984). Anxiety, depression and hostility in rural women. *Psychological reports.*, 55, 673-674.
- Hiller, W. von Zerssen, D. Mombour, W. Wittchen, H.U. IMPS (Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale). Beltz Test GmbH.
- Hirschfeld, R.M.A. Cross, C.K. (1982). Epidemiology of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 39, 35-46.
- Hirschfeld, R.M.A. Klerman, G.L. Clayton, P.J. Keller, M.B. (1983). Personality and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 993-998.
- Holahan, C.J. Moos, R.H. (1981). Social Support and Psychological Distress: A Longitudinal Analysis. *J. of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Imlah, N.W. An Evaluation of Alprazolam in the Treatment of Reactive or Neurotic (Secondary) Depression. *British Journal of Psychiatry*, 146, 515-519.
- Kahn, R.L. Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the Life Course: Attachment Roles and Social Support. In: Baltes, P. Brim, O. (eds). *Lifespan development and behavior*. Academic Press, New York, 3.

- Kane, R.A. Kane, R.L. Arnold, S. (1984). Measuring social functioning in mental health studies. Concept and instruments. Rockville, NIMH 84 MO 58 61 60 01 D.
- Kaplan, B.H. Cassel, J.C. Gore, S. (1977). Social Support and Health. Medical Care, 15, 47-58.
- Killilea, M. Crisis Theory, Coping Strategies and Social Support Systems. Herbert C. Schulberg and Marie Killilea (Eds.) Principles and Practices of Community Mental Health. Jossey-Bass, Inc., San Francisco (Scheduled for publication November 1982).
- Kockott, G. Heyse, H. Feuerlein, W. (1970). Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. Fortschr. Neurol. Psychiat., 9, 441-465.
- Koehler, K. Sass, H. (1984). Diagnostisches und Statistisches Manual psychiatrischer Störungen. DSM-III Deutsche Übersetzung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3.Version (DSM-III). Beltz, Weinheim und Basel.
- Kurz, A. Torhorst, A. Wächtler, C. Müller, H.J. (1982). Vergleichende Untersuchung von 295 Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch. Arch Psychiatr. Nervenkr., 232, 427-438.
- Leavy, R.L. (1983). Social Support and Psychological Disorder. Journal of Community Psychology, 11, 3-21.
- Lin, N. Ensel, W.M. (1984). Depression-Mobility and Its Social Etiology: The Role of Life Events and Social Support. Journal of Health and Social Behavior, 25, 176-188.
- Lin, N. Ensel, W.M. Simeone, R.S. Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- Lorr, M. Klett, C.J. (1966). Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Consulting Psychologist Press, Ed. Palo Alto, California.
- Mc Ivor, G.P. Riklan, M. Reznikoff, M. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions and perceived social support. J of clinical psychology, 40, 1028-1033.
- Mitchell, R.E. Hodson, C.A. (1983). Coping with Domestic Violence: Social Support and Psychological Health Among Battered Women. American J of Community Psychology, 11, 629-654.
- Mombour, W. Gammel, G. Zerssen, D.v. Heyse, H. (1973). Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes. Nervenarzt, 44, 352-358.

- Monroe, S.M. Imhoff, D.F. Wise, B.D. (1983). Prediction of psychological symptoms under highrisk psychosocial circumstances: Life events, social support and symptom specificity. *J of abnormal psychology*, 92, 338-350.
- Moos, R.H. Mitchell, R.E. (1982). Social Network Resources and Adaptation: A Conceptual Framework. In: Will, T.A. (ed): *Basic Processes in Helping Relationships*. Academic Press, New York.
- Moos, R.H. Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif.
- Mueller, D.P. (1980). Social networks: A promising direction for research on the relationship of Social Environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14, 147-161.
- Murphy, E. (1985). The Impact of Depression in Old Age on Close Social Relationships. *American J of Psychiatry*, 142, 323-327.
- O'Hara, M.W. Rehm, L.P. Campbell, S.B. (1983). Postpartum Depression. A Role for Social Network and Life Stress Variables. *The J of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- Pappi, F.U. (1979). *Sozialstrukturanalysen mit Umfragedaten*. Athenäum Königstein/Ts.
- Paykel, E.S. Emms, E.M. Flechter, J. Rassaby, E.S. (1980). Life Events and Social Support in Puerperal Depression. *Brit.J. Psych.*, 136, 339-346.
- Pearlin, L.I. Lieberman, M.A. Menaghan, E.G. Mullau, J.T. (1981). The stress process. *J. of health and social behavior*, 22, 337-356.
- Prudo, R. Harris, T. Brown, G.W. (1984). Psychiatric disorder in a rural and an urban population: 3. Social integration and the morphology of affective disorder. *Psychological Medicine*, 14, 327-345.
- Quinton, D. Rutter, M. Rowlands, O. (1976). An evaluation of an interview assessment of marriage. *Psychological Medicine*, 6, 577-586.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychosocial Measurement*, 1, 385-401.
- Raskin, A. Rae, D.S. (1981). Psychosomatic Symptoms in the Elderly. *Psychopharmacological Bulletin*, 1, 17.
- Raskin, A. Schulterbrandt, J.G. Reatig, N. Mekeanon, J.J. (1970). Differential response to chlorpromazine, imipramine and placebo: A study of subgroups of hospitalized depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 667-674.

- Robins, L.N. Helzer, J.E. Croughan, J. Ratcliff, (1981). National Institute of Mental Health , Diagnostic Interview Schedule. Its History, Characteristics and Validity. Arch Gen Psychiatry, 38, 381-389.
- Roy, A. (1978). Vulnerability Factors and Depression in Women. British Journal of Psychiatry, 133, 106-110.
- Roy, A. (1981). Risk Factors and Depression in Canadian Women. Journal of Affective Disorders, 3, 65-70.
- Russell, D. Cutrona, C.E. (1984). The Social Provisions Scale. Unpublished manuscript. University of Iowa College of medicine, Iowa City.
- Sandler, I.N. Barrera, M. jr. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. American J of Community Psychology, 12, 37-52.
- Sarason, I.G. Levine, H.M. Basham, R.B. Sarason, B.R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. J. of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.
- Sarason, I.G. Sarason, B.R. (1982). Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experiences. Journal of personality, 50, 331-344.
- Schaefer, C. Coyne, J.C. Lazarus, R.S. (1981). The Health Related Functions of Social Support. J. of Behavioral Medicine, 4, 381-406.
- Solomon, Z. (1985). Stress, Social Support and Affective Disorders in Mothers of pre-school children - a test of the stress-buffering effect of social support. Social Psychiatry, 20, 100-105.
- Spitzer, R.L. Endicott, J. Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. Arch. Gen. Psychiat., 35, 773-782.
- Stephens, R.C. Blau, Z.S. Oser, G.T. Miller, M.D. (1978). Aging, social support systems, and social policy. Journal of Gerontological Social Work, 1.
- Stokes, J.P. (1983). Predicting Satisfaction with Social Support from Social Network Structure. Am. J. of Community Psychology, 11, 141-152.
- Surtees, P.G. (1980). Social Support, Residual Adversity and Depressive Outcome. Social Psychiatry, 15, 71-80.
- Syrotuik, J. D'Arcy, C. (1984). Social Support and Mental Health: Direct, Protective and Compensatory Effects. Social Science and Medicine, 18, 229-236.

- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *J of health and soc. behavior*, 23, 145-159.
- Waring, E.M. Patton, D. (1984). Marital Intimacy and Depression. *American J of Psychiatry*, 145, 641-644.
- Waring, E.M. Reddon, J.R. (1983). The measurement of intimacy in marriage: The Waring Intimacy Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 53-57.
- Warren, D. (1978). Explorations in neighborhood differentiation. *Sociological Quarterly*, 19, 310-331.
- Warren, L.W. McEachren, L. (1983). Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women. *J of Abnormal Psychology*, 92, 151-160.
- Weiss, R.S. (1969). The Fund of Sociability. *Transaction*, 6, 36-43.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships In: Rubin, Z. (ed): *Doing into others*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Weissman, M.M. Klerman, G.L. (1977). Sex Differences and the Epidemiology of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 98-111.
- Winefield, H.R. (1979). Social Support and the Social Environment of Depressed and Normal Women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 335-339.
- Wing, J.K. Cooper, J.E. Sartorius, N. (1978). Present State Examination Medical Research Council Cambridge University Press 1974 Dt. Bearb. M. Von. Cranach, Beltz-Verlag, Weinheim.
- Wittchen, H.U., von Zerssen, D. (Hrsg.) *Der Verlauf behandelter und unbehandelter affektiver Störungen, Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neurologie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, (im Druck).
- Zerssen von, D. (1982). Personality and affective disorders. In: *Handbook of affective disorders*. Hrsg.: Paykel, E.S. (ed.) Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne.
- Zerssen von, D. (unter Mitarbeit v. Köller, D.-M.) (1976). *Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Muenchner Psychiatrischen Informations-System. (Psychis Muenchen). Manuale. a) allgem. Teil. b) Paranoid-Depressivitäts-Skala. c) Befindlichkeitsskala. d) Beschwerdenliste*. Beltz Weinheim.
- Zerssen von, D. (1979)). *Klinisch-psychiatrische Selbstbeurteilungs-Fragebögen*. In: Baumann, U. Berbalk, H. Seidenstücker, G. (Hrsg.) *Klin. Psychologie, Trends in Forschung und Praxis Bd. 2*, Hans Huber, Bern

Zuckerman, M. Lubin, B. (1965). Manual for the Multiple Affect Adjective Check List. Educational and Industrial Testing Service, San Diego, Calif.

Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiat., 12, 63 - 70.

Sehr herzlich danken möchte ich Herrn Dr.med.Thomas Bronisch und Frau Heide Hecht(Dipl.Psych.) für den großzügig gewährten "instrumental" und "emotional" Social Support während des Entstehens dieser Arbeit.

## Lebenslauf

Name: Josephine Roeder  
geboren 18.2.1957 in München  
Mutter: Erika Roeder, geb. Pempe,  
geb. am 30.10.1927 in Memel  
Vater: Werner Roeder,  
geb. am 4.2.1919 in Darmstadt  
Schulbesuch: Volksschule 1963-1967 in München  
Gymnasium Max-Josef-Stift,  
1967-1976 in München  
Lehre: Arzthelferinnenlehre 1977/78  
Hochschulstudium: 1978 - 1986, Medizin, 1.Semester  
Universität Köln, folgende Se-  
mester Ludwig-Maximilians-Univer-  
sität München  
Examen: 1984  
Berufstätigkeit: 1976 -1977 Sekretärin am Max-  
Planck-Institut für Psychiatrie  
1986 Ärztin im Bezirkskrankenhaus  
Regensburg

Druck:  
**UNIKOPIE**  
Adalbertstr. 18  
8000 München 40  
Tel.: 33 33 63



